Здоров'я України

Л.В. Беш, д.м.н., професор, Львівський національний медичний університет ім. Данила Галицького, Львівський міський дитячий алергологічний центр

Алергічний риніт у дітей: сучасний погляд на проблему

Л.В. Беш

Різноманітні прояви алергічних реакцій і захворювань згідно з даними ВООЗ реєструються у 7-20% населення, причому в останні роки постійно утримується тенденція до їх зростання [8]. Існує прогноз, що до середини XXI століття ця патологія стане найпоширенішою серед людства. Особливу тривогу педіатрів викликає значне зростання частоти респіраторних алергозів серед дітей. Першою в контакт з інгаляційними алергенами вступає слизова оболонка носових ходів, що призводить до високої розповсюдженості алергічного риніту. Протягом останніх 20 років поширеність цього захворювання зросла в 2-2,5 раза [6, 9]. На жаль, існуюча практика діагностики й обліку алергічного риніту, яка відтворена в показниках офіційної української статистики, не демонструє істинної поширеності патології. Причиною такої ситуації найчастіше є несвоєчасна діагностика. Більше того, офіційні статистичні показники, як правило, базуються на даних, отриманих на підставі підрахунку хворих, які звертаються в лікувальні заклади. А такі дані переважно не відповідають справжній поширеності захворювання, оскільки багато хворих з різних причин не звертаються вчасно до медичних закладів, водночас нерідко і лікарі не діагностують алергічний риніт, приховуючи його за діагнозами інфекційного риніту, ГРВІ, хронічного гаймориту тощо.

Хоча алергічний риніт безпосередньо не пов'язаний із ризиком для життя дитини, він обмежує фізичну і психічну активність, зумовлює порушення сну, суттєво знижує якість життя і є одним із факторів ризику розвитку бронхіальної астми [3, 4]. Заради справедливості треба визнати, що легкі варіанти перебігу алергічного риніту спостерігаються набагато частіше, ніж важкі.

Однак якщо не лікувати вчасно легкі варіанти, прогресування хвороби та її ускладнення неминучі, адже діти з алергічними ринітами частіше хворіють на отити, запалення приносових пазух тощо [4].

Протягом останніх років широко дискутуються питання взаємозв'язку алергічного риніту і бронхіальної астми. Враховуючи однакові механізми розвитку, у 2001 році робоча група експертів ВООЗ запропонувала узгоджувальний документ ARIA (Allergic rhinitis and its impact on asthma – Алергічний риніт і його вплив на астму), який грунтується на принципах доказової медицини і протягом останніх років регулярно поновлюється [7, 8]. Згідно з консенсусом ARIA бронхіальну астму і алергічний риніт розглядають як цілісну патологію, як системне ураження респіраторного тракту. У цьому ж документі запропоновано зміни до класифікації алергічних ринітів, які дозволили привести її у відповідність з сучасною класифікацією бронхіальної астми. Сезонний риніт тепер трактують як інтермітуючий, а цілорічний – як персистуючий. Виходячи з оцінки впливу алергічного риніту на якість життя пацієнтів, виділяють легкий, середньої важкості і важкий перебіг захворювання.

Згідно з даними різних авторів захворюваність на сезонний алергічний риніт становить від 0,2% до 39% населення [3, 11]. Установлено, що в країнах центральної Європи найбільше значення в його етіології належить злаковим травам і деревам, у північній – злакам і бур'янам, південній – деревам, кущам і травам. В Україні реєструється три піки цвітіння, а значить, і три піки загострення полінозу: весняний (кінець березня – травень), пов'язаний з пилком дерев; літній (кінець травня – червень) – полінація злакових рослин; осінній (серпень – жовтень), зумовлений пилком бур'янів і культурних рослин (кукурудза, соняшник, амброзія, полин). Навіть в одній місцевості в різні роки тривалість щорічних загострень і терміни полінації рослин залежать від погодних умов.

Сьогодні на сторінках спеціальної літератури активно обговорюється питання про те, як співставляються алергічний риніт і бронхіальна астма за часом виникнення. Відповіді на це питання неоднозначні. Дослідники довели, що у 45% хворих алергічний риніт виявляється першим, у 35% бронхіальна астма й алергічний риніт виникають одночасно, у 20% астма передує риніту [4, 7, 8]. Однак така хронологічна послідовність далеко не завжди є однозначною, адже лікарі часто припускаються помилки, приховуючи алергічний риніт за діагнозом «інфекційний риніт». З іншого боку, далеко не завжди вчасно діагностують астму.

Єдине, що сьогодні однозначно визнається у світі, – це теза про те, що, не лікуючи алергічний риніт, неможливо ефективно контролювати бронхіальну астму.

Типовими клінічними проявами алергічного риніту є: набряк слизової оболонки носа, ринорея, чхання і свербіння в носі. У разі інтермітуючого алергічного риніту такі клінічні ознаки спостерігаються виключно в період цвітіння рослин як результат пилкової сенсибілізації, тоді як симптоми персистуючого риніту реєструються постійно протягом року і є результатом сенсибілізації організму до побутових алергенів.

Об'єктивний огляд хворого дозволяє відзначити додаткові клінічні ознаки захворювання, а саме:

- темні кола під очима – результат венозного застою, спричиненого набряком слизової носа і приносових пазух;
- «алергічний салют» – характерний жест, коли, намагаючись зменшити свербіння і полегшити носове дихання, дитина потирає кінчик носа долонею знизу догори;
- поперечна складка між кінчиком носа і переніссям, яка виникає внаслідок постійного потирання кінчика носа, з'являється не раніше ніж через 2 роки після початку захворювання.

При риноскопічному дослідженні виявляють блідість або ціаноз слизової оболонки носових раковин, іноді з мармуровим малюнком, на ній нерідко спостерігаються білі плями, спричинені нерівномірним спазмом судин (плями Воячека), реєструється набряк.

Алергічний риніт дуже часто супроводжується проявами синуситу, який виявляють при рентгенологічному дослідженні у вигляді двобічного пристінкового гаймориту.

Діагноз алергічного риніту встановлюється на підставі даних анамнезу і типової клініки захворювання. Отже, якщо у пацієнта тривалий час спостерігаються закладеність носа, чхання, водянисті або слизисті виділення з носа, свербіння, то ймовірність алергічного риніту дуже висока.

Чіткий зв'язок появи симптомів захворювання з сезоном пилкування дерев і трав вказує на інтермітуючий алергічний риніт. У разі персистуючого алергічного риніту симптоми утримуються постійно, причому домінує закладеність носа. Більше того, загострення симптомів при зміні погоди (зі слів пацієнтів, «на мокру погоду») може свідчити про причинну значущість грибних алергенів, оскільки ріст грибів при підвищеній вологості значно активізується [9]. Безперечно, з практичної точки зору складніше діагностувати персистуючий алергічний риніт. Розібратися в ситуації практичному лікарю допоможе інформація, представлена у таблиці 1 [8].

Таблиця 1. Симптоми алергічного риніту

Ознака	Сезонний (інтермітуючий)	Цілорічний (персистуючий)
Закладеність носа	Непостійна	Спостерігається завжди, домінує серед інших ознак
Виділення з носа	Водянисті, часто	Серозно-слизові, стікають у носоглотку, непостійні
Чхання	Завжди	Непостійно
Розлади нюху	Непостійно	Часто
Кон'юнктивальні симптоми	Часто	Нечасто
Астма	Нечасто	Часто
Хронічний синусит	Іноді	Часто

У більшості випадків атопічний анамнез і типова клініка захворювання дозволяють встановити діагноз і важкість перебігу алергічного риніту. Однак на цьому діагностичний пошук не повинен закінчуватися. Наступним його етапом є визначення причин цього захворювання у кожної дитини. Це завдання вирішує специфічна алергодіагностика, ставлення до якої сьогодні також є далеко не однозначним. Зокрема маса запитань існує вже в такій першочерговій проблемі, як специфічне алерготестування. Сьогодні немає однозначної відповіді на питання, хто повинен проводити таке тестування, коли його проводити і якою повинна бути діагностична панель алергенів залежно від віку. З одного боку, у багатьох країнах світу практично немає вікових обмежень щодо проведення шкірного тестування. З іншого – в Україні така діагностика дозволена з трьохрічного віку. У такій складній ситуації лікарям важко зорієнтуватися. Тому пропонуємо комплексний підхід до специфічної алергодіагностики, який включає:

– вивчення алергологічного анамнезу;

– шкірні тести (за умови можливості їх проведення);

– специфічну алергодіагностику in vitro.

Причому основою основ був, є і, напевне, буде алергологічний анамнез.

Кожен лікар, працюючи з пацієнтом, зобов'язаний пояснити правила ведення щоденника самоспостереження. Більше того, можна розробити та роздрукувати прості в застосуванні варіанти щоденника і рекомендувати їх пацієнтам. Ретельне ведення щоденника самоспостереження значно полегшує процес верифікації етіологічних чинників.

Однак мусимо визнати, що попри всі наведені вище діагностичні можливості перед лікарями нерідко постає дуже непроста проблема диференціальної діагностики алергічного й інших варіантів риніту [3, 6]. У таких складних ситуаціях діагностичний пошук вимагає проведення додаткових досліджень і перш за все потребує залучення до участі в діагностичному і терапевтичному процесі фахівця-оториноларинголога.

І в цьому контексті активно дискутується в Україні ще одне питання: хто повинен лікувати алергічний риніт у дітей? Це може бути і оториноларинголог, і алерголог, і педіатр, але лише за умови існування доброзичливого робочого тандему між цими спеціалістами та дотримання трьох основних принципів терапії: систематичність, комплексність та індивідуальність.

Здавалося б, без огляду оториноларинголога важко виключити іншу патологію носа та приносових пазух, а без алерголога іноді складно поставити остаточний діагноз. Але ж кількість пацієнтів з алергічним ринітом постійно зростає, а вузьких спеціалістів постійно не вистачає. І зрештою, не ми сьогодні вирішуємо, чи лікувати хворого, свій вибір завжди має право здійснити сам пацієнт і його сім'я.

Лікувальна тактика у разі алергічного риніту повинна визначатися етіологічними факторами, патогенетичними механізмами, фазою захворювання і базуватися на індивідуально підібраних програмах. У цьому контексті виникає питання, чи маємо ми сьогодні достатньо засобів для ефективного лікування алергічного риніту у дітей. Так, безперечно. Основні напрями лікування включають:

– дієтотерапію (елімінацію причинних харчових алергенів);

– контроль за довкіллям (елімінацію причинних алергенів);

– специфічну імунотерапію;

– фармакотерапію: системну і місцеву;

– реабілітаційне (протирецидивне) лікування;

– навчальні програми для пацієнтів і членів їх сімей.

Найефективнішою, безперечно, є етіотропна терапія. Для забезпечення ефективності елімінаційних заходів перш за все треба визначити чинники, які

спричиняють загострення алергічного риніту у дитини.

Якщо вдається це зробити, то зможемо уникнути тригерів або хоча б зменшити їх вплив на організм. Як цього досягти? За наявності алергії до харчових продуктів треба дотримуватися індивідуально підібраної гіпоалергенної дієти, що не допускає вживання продуктів, які викликають алергічну реакцію. Якщо у дитини спостерігається підвищена чутливість до пилку рослин, необхідно уникати контакту з ними, а саме: не гуляти в лісі, у полі, а якщо є можливість, навіть виїздити в іншу місцевість у період цвітіння рослини-алергену. Для цього треба знати регіональний календар цвітіння рослин.

Про роль грибної інфекції в етіології алергічного риніту почали активно писати лише протягом останніх років. Сьогодні доведено, що плісеневі гриби і дріжджі можуть стати джерелом суперантигенів. У житлових і робочих приміщеннях, підвалах, атмосферному повітрі визначається більше 100 видів плісеневих грибів, які не вибагливі до умов зовнішнього середовища. Найчастіше провокують алергічні реакції Alternaria, Cladosporium, Aspergillus, Penicillium. Основним джерелом алергенів є спори і міцелій гриба.

Якщо причиною загострення алергічного риніту є вплив алергену якоїсь домашньої тварини, треба повністю виключити контакт з будь-якими домашніми пташками і тваринами, передаючи їх у надійні руки. Щоб не нанести дитині психічної травми слід це робити обережно та делікатно.

Особливі труднощі виникають у разі вираженої побутової сенсибілізації до домашнього пилу, адже повністю позбутися його неможливо. До складу домашнього пилу входить велика кількість різноманітних компонентів: волокна одягу та покриття меблів, лупа і шерсть домашніх тварин, бактерії та спори грибів. Однак основним джерелом алергенів є кліщі. Вони невеликі за розміром і тому невидимі неозброєним оком, однак легко виявляються при збільшенні під лупою або мікроскопом. Харчовим матеріалом для них є злущений епідерміс людини (звідси назва одного з представників родини кліщів Dermatophagoides – той, що харчується шкірою). Найчастіше причинно-значущими щодо побутової сенсибілізації у дітей є Dermatophagoides pteronyssinus і Dermatophagoides farinae. Найвища концентрація кліщів міститься у пилу з матраців, подушок із пір'я, килимів, постільної білизни, м'яких меблів.

Виходячи зі вказаного, на особливу увагу стосовно елімінації заслуговують заходи, які зменшують кількість домашнього пилу. З цією метою треба проводити щоденне вологе прибирання, часто провітрювати квартиру, позбутися тих речей, які накопичують пил (м'які меблі, м'які іграшки, штори та ін.). Крім цього, треба намагатися створити умови, у яких домашній кліщ не виживає. Відомо, що оптимальними для розвитку кліщів є температура повітря +20-30°С і вологість вище 55%, у разі вологості нижче 45% і температури +15°С кліщі гинуть. Особливу увагу слід надавати спальні дитини. Матраци і подушки потрібно помістити у щільні чохли, щоб позбавити кліщів джерела харчування і вологи. Постіль і ковдри треба регулярно прати (1 раз на тиждень) у гарячій воді (вище 55°С) для гарантованого знищення кліщів. Аналогічний ефект можна отримати просушуванням білизни під прямими сонячними променями або провітрюванням її в морозну погоду.

Сьогодні на фармацевтичному ринку України представлені акариціди – хімічні субстанції, які вбивають кліщів. Однак використання цих препаратів у домашніх умовах не практикується, оскільки воно пов'язане з певними труднощами (проведення токсикологічних досліджень у разі тривалого використання тощо).

! На особливу увагу в лікуванні алергічного риніту заслуговує специфічна імунотерапія (СІТ), яка дозволяє зменшити чутливість організму дитини до «винного» алергену та знизити активність хронічного запалення.

Імунотерапію почали застосовувати ще з 1902 року. З цього часу багаторічний досвід її використання довів високу клінічну ефективність методу. Терапевтичний ефект СІТ зумовлений її впливом на імунну відповідь. Механізм цього впливу багатогранний. Найважливішими моментами є активація синтезу блокуючих антитіл і виснаження реагінів під дією дрібних доз алергену. Блокуючі антитіла зв'язують алергени, що поступають в організм, і таким чином запобігають їх взаємодії з антитілами, а отже, й розвитку алергічної реакції. Пригнічення синтезу реагінових антитіл (IgE) досягається за допомогою впливу на антигенспецифічні Т-супресори [5, 11].

Цей метод лікування в Україні найчастіше використовується у разі сезонної пилкової алергії та високої сенсибілізації до кліщів домашнього пилу за умови досягнення дитиною 5-річного віку. Традиційно СІТ проводиться шляхом парентерального (підшкірного) введення алергенів, причому для її проведення застосовують лише ті алергени, етіологічна роль яких підтверджена специфічним шкірним алерготестуванням. Однак слід пам'ятати, що таке лікування не завжди є безпечним для хворого. Існують чіткі показання і протипоказання до його використання, тому рішення про проведення такого лікування приймає виключно лікар-алерголог. Для отримання максимального терапевтичного ефекту підбір хворих для специфічної імунотерапії повинен проводитися дуже ретельно.

Отже, специфічна імунотерапія залишається ефективним методом лікування алергічного риніту. Її слід поєднувати з елімінацією тригерів і фармакотерапією. Це дозволяє підвищити ефективність лікувальних заходів і забезпечити стійку ремісію захворювання.

Протягом останніх років опубліковано багато праць, присвячених сучасній фармакотерапії алергічного риніту. Основу лікувальної стратегії складають базисна терапія і симптоматичні заходи, скеровані на ліквідацію загострення хвороби [1, 2, 5, 8, 10]. Базисна терапія призначається з урахуванням важкості захворювання. При цьому застосовується ступінчаста програма, згідно з якою у випадку легкого перебігу хвороби лікування починають з призначення слабших препаратів і у разі потреби поступово розширюють терапевтичний комплекс і підвищують його інтенсивність. Однак, призначаючи лікування, треба керуватися гаслом, запропонованим багато років тому академіком Б.Е. Вотчалом: «Поменше ліків і лише найнеобхідніші».

! Слід пам'ятати, що базисна фармакотерапія алергічного риніту не зумовлює повне виліковування, а забезпечує контроль його симптомів [8, 9].

Вона включає:
- антигістамінні препарати;
- кромони (натрію кромоглікат);
- кортикостероїди топічної дії (мометазон, флютиказону фуроат).

Як відзначалося вище, виходячи з оцінки впливу алергічного риніту на якість життя пацієнтів, виділяють легкий, середньої важкості і важкий перебіг захворювання. У разі легкого варіанту перебігу алергічного риніту застосовують кромони або антигістамінні препарати; у разі середньо-важкого – кромони плюс антигістамінні препарати; у разі важкого перебігу – кортикостероїди топічної дії в комбінації з антигістамінними препаратами.

! Пріоритетом тривалої терапії алергічного риніту як хронічної патології є превентивна стратегія, мета якої – забезпечення контролю над захворюванням шляхом профілактики рецидивів.

У першу чергу особливо важливо інформувати пацієнта і його родину про хворобу і можливості її лікування. Як ліки патогенетичної дії здебільшого застосовуються антигістамінні препарати. Сьогодні не викликає сумніву той факт, що хронічна алергічна патологія, зокрема алергічний риніт, диктує потребу тривалого призначення антигістамінних препаратів. І в таких випадках, безперечно, перевагу слід надавати антигістамінним препаратам II покоління, які характеризуються такими показниками: високою специфічністю і високою спорідненістю до H_1-гістамінових рецепторів; значно меншим або відсутнім седативним ефектом; більшою тривалістю дії (до 24 год); відсутністю звикання у разі тривалого застосування (табл. 2). Нині доведено, що

Таблиця 2. Антигістамінні препарати II покоління

Міжнародна назва	Форми випуску
Лоратадин	Таблетки по 10 мг Таблетки по 5 мг Сироп – 0,5 мг/мл
Дезлоратадин	
Фексофенадин	Таблетки по 30 мг, 120 мг і 180 мг
Цетиризин	Краплі 1% – 10 мл Таблетки по 10 мг
Левоцетиризин	Таблетки по 5 мг

протиалергічна дія найновішої генерації цих препаратів (дезлоратадин, фексофенадин, левоцетиризин) виявляється не лише у блокаді H_1-гістамінових рецепторів, а й у пригніченні активності інших клітин, що призводять до алергічного запалення (зокрема еозинофілів) [6, 8, 10]. Саме тому на сторінках спеціальної літератури, на конференціях і симпозіумах різного рівня, присвячених проблемам дитячої алергології, ведеться жвава дискусія про те, чи мають право ці препарати називатися антигістамінними препаратами III генерації. Сьогодні можна було б навести цитати із багатьох праць, одні з яких дають стверджувальну, а інші заперечливу відповідь на це питання. Проте для лікаря-практика важливим є не те, як називатимуть ці препарати, а те, що на сьогоднішній день вони є найефективнішими й найбезпечнішими.

Потребує відповіді сьогодні ще одне питання. Як довго можна застосовувати для протирецидивного лікування антигістамінні препарати II генерації? Однозначної відповіді на це питання немає. У кожному окремому випадку треба вирішувати індивідуально, керуючись принципом «лікуємо не хворобу, а хворого».

Таблиця 3. Характеристика впливу різних груп препаратів на симптоми алергічного риніту

Препарат	Свербіння, чхання	Ринорея	Закладення носа	Порушення нюху
Пероральні антигістамінні	+++	++	+	–
Топічні антигістамінні	+++	++	+	–
Судинозвужувальні	–	–	++++	–
Кромони	+	+	+	–
Антихолінергічні	–	+++	+	–
Топічні стероїди	+++	+++	++	+

Нестероїдний протизапальний препарат місцевої дії – натрію кромоглікат – добре зарекомендував себе у лікуванні алергічного риніту в дітей. І практичним лікарям важко погодитися сьогодні з результатами досліджень, які стверджують, що ефект кромонів співставний з плацебо. Цей препарат зареєстрований в Україні у формі назальних спреїв.

! Безперечно, найефективнішими препаратами базисної терапії є інтраназальні кортикостероїди (ІНКС) – мометазон, флютиказону фуроат, які завдяки досягненню високої концентрації у шоковому органі забезпечують виражену місцеву протизапальну дію і практично не виявляють системну активність. Крім майже абсолютної безпечності, для ІНКС характерна потужна дія – вони швидко й надійно знімають усі прояви алергічного риніту.

До того ж, після їх відміни ефект утримується ще кілька тижнів (тривала «післядія»). Однак і нині залишаються дискутабельними питання уніфікованих рекомендацій для підбору доз ІНКС, тривалості лікування і методів контролю за топічною протизапальною терапією.

Міжнародні узгоджувальні документи рекомендують у разі інтермітуючого алергічного риніту починати терапію ІНКС за 1-2 тижні до початку сезону пилкування і продовжувати її протягом усього сезону пилкування та ще 2 тижні після його закінчення (для зняття залишкових явищ гіперреактивності слизової оболонки носа) [8].

У разі персистуючого (цілорічного) алергічного риніту пропонують дві схеми:

– постійну – препарат приймають постійно з перервою на 1 місяць через кожні 3-4 місяці;

– за потреби – препарат застосовують до досягнення клінічного ефекту і відновлюють його приймання при повторній появі симптомів [8, 9].

Остання схема застосування краще сприймається пацієнтами та їх батьками, більше підходить для недисциплінованих пацієнтів, однак менш ефективно контролює хронічне алергічне запалення.

Тривала післядія ІНКС дозволяє робити перерву між курсами, під час яких пацієнт почуває себе здоровим і незалежним від ліків.

! Необхідність базисної терапії алергічного риніту сьогодні ніхто не відкидає, тоді як обсяг терапевтичних заходів, скерованих на ліквідацію загострення хвороби активно дискутується.

Зокрема, триває гостра дискусія щодо застосування судинозвужувальних препаратів (симпатоміметиків) [1, 9, 11]. Протягом останніх років внаслідок вираженої побічної дії вони все рідше призначаються лікарями. Ці препарати можуть зумовити сухість слизової оболонки носа, утворення кірочок у носових ходах, схильність до кровотеч. Більше того, при їх застосуванні можливий навіть розвиток атрофічних процесів слизової носової порожнини. Однак всі ці побічні ефекти розвиваються, як правило, у разі безконтрольного, тривалого, а іноді безперервного застосування симпатоміметиків [1].

Як відзначалося вище, типовими проявами алергічного риніту є набряк слизової оболонки носа, ринорея, чхання і свербіння в носі. Причому в більшості дітей переважає якась конкретна симптоматика, що дає підставу окремим авторам розділяти пацієнтів за проявами алергічного риніту на «чхальників» та «блокадників» [4, 9]. Без сумніву, значно більше проблем виникає при лікуванні закладення («блокади») носа. Нині переконливо доведено, що препаратами, які найшвидше зменшують набряк слизової носової

Продовження на стор. 50.

Л.В. Беш, д.м.н., професор, Львівський національний медичний університет ім. Данила Галицького, Львівський міський дитячий алергологічний центр

Алергічний риніт у дітей: сучасний погляд на проблему

Продовження. Початок на стор. 48.

порожнини, а отже, полегшують «блокаду носа», є деконгестанти – препарати з вираженою судинозвужувальною дією з групи адреноміметиків. Нижче наведена таблиця 3, яка характеризує ефективність різних груп препаратів у лікуванні симптомів алергічного риніту.

Набряк слизової оболонки порожнини носа і приносових пазух створює обструкцію на шляху виведенння секрету приносових пазух і слизової оболонки середнього вуха. Погіршується мукоциліарний кліренс, змінюються кількісні і якісні характеристики носового секрету. Все це у свою чергу створює умови для вторинного бактеріального запалення і розвитку ускладнень у вигляді отиту, синуситу [1, 9]. Виходячи з вказаного вище, абсолютно зрозумілою стає потреба у швидкому знятті «блокади носа». З цим завданням найкраще справляються деконгестанти. І, мабуть, немає хворого на алергічний риніт, який би не застосовував ці препарати. Доступність назальних деконгестантів в аптечній мережі, безрецептурний продаж сприяють безконтрольному застосуванню цих препаратів часто без лікарських на те рекомендацій. Найчастіше застосовуються місцеві α_2-адреноміметики в краплях, що належать до групи похідних імідазолу. Це нафазолін, ксилометазолін, оксиметазолін. Тривале застосування цих препаратів може призвести до розвитку так званого медикаментозного риніту, який характеризується своєрідним «синдромом рикошету», коли відміна назальних деконгестантів викликає обструкцію порожнини носа, що змушує пацієнтів постійно користуватися судинозвужувальними краплями [1]. Така складна і неоднозначна ситуація диктує потребу пошуку нових ефективних і максимально безпечних препаратів для лікування загострення алергічного риніту в дітей. У цьому контексті особливо цікавими для педіатрів можуть бути пероральні деконгестанти, оскільки нібито проста процедура закапування крапель у ніс нерідко перетворюється у серйозну проблему і для дитини, і для батьків.

Незважаючи на існування ефективних схем терапії алергічного риніту, лікарям і сьогодні часто доводиться констатувати відсутність контрольованості хвороби. Зокрема, існує група дітей, у яких спостерігається хвилеподібний перебіг захворювання з незначною клінічною симптоматикою і водночас практично відсутньою реакцією на типове лікування. У таких дітей не виявляється ефект на фоні лікування адекватними дозами ендоназальних кортикостероїдів протягом місяця. Що робити в такій ситуації? На жаль, однозначної відповіді на це питання сьогодні немає. Враховуючи досвід роботи з такими хворими у Львівському міському дитячому алергологічному центрі розробили покроковий алгоритм лікарської тактики, який передбачає:

• налагодження співпраці з пацієнтом (покращення комплаєнсу), що сприяє дотриманню лікарських рекомендацій;

• проведення повторної диференціальної діагностики (можливо, це не алергічний риніт?).

Результати наших спостережень доводять, що однією з причин такої часткової терапевтичної ефективності є неповне усвідомлення хворими суті захворювання, неприйняття ними потреби тривалого лікування та, як наслідок, недотримання лікарських рекомендацій. Указана вище ситуація диктує потребу проводити навчання хворих і їх родин, яке б сприяло формуванню навичок самоконтролю за перебігом хвороби, довіри до лікаря, впевненості у призначеній терапії.

Виходячи з цієї позиції, протягом останніх років у практичну роботу лікарів впроваджуються різнопланові освітні програми для пацієнтів і їх родин. Однак, незважаючи на багаторічний досвід їх застосування і постійне вдосконалення, багато аспектів освітньої роботи з пацієнтами залишаються дискутабельними. Зокрема, і досі триває активна дискусія щодо переваг двох основних форм навчання – індивідуальної та групової. Більшість лікарів схиляються до проведення індивідуальних занять, які забезпечують тісний контакт між лікарем і пацієнтом, сприяють формуванню довіри між ними, створюють оптимальні умови для проведення корекції базисної терапії.

Львівський міський дитячий алергологічний центр один із перших в Україні впровадив у свою практичну роботу навчальні програми для пацієнтів з алергічною патологією. Це дозволяє нам сьогодні робити обгрунтовані висновки і рекомендації. Наш досвід доводить, що освітня робота має бути комплексною і поєднувати не лише два основні напрями навчання, а й включати низку додаткових елементів. Додаткові елементи освітньої програми можуть включати проведення громадських заходів (акції, наприклад «Загальмуймо атопічний марш разом» тощо) і видання спеціальної літератури. Однак, попри все, перевагу треба надавати індивідуальній роботі.

* * *

Таким чином, нинішній досвід лікування алергічного риніту диктує потребу постійного вдосконалення стратегічних лікувальних програм, які дозволять успішно контролювати перебіг цього захворювання. Я сподіваюся, що представлена вище інформація дозволить не лише вчасно діагностувати алергічний риніт, а й полегшити складну для практичних педіатрів проблему вибору оптимальної терапевтичної тактики.

Література

1. Врублевська С.В. Деконгестанти в терапії алергічних ринітів у дітей // Запорожский медицинский журнал. – 2004. – № 2. – С. 80-82.
2. Горячкина Л.А. Современные антигистаминные препараты в лечении аллергических заболеваний // Ринология. – 2002. – № 1. – С. 70-77.
3. Заболотний Д.І., Пухлик Б.М. Алергічний риніт // Ринологія. – 2002. – № 1. – С. 24-38.
4. Ласиця О.Л., Ласиця Т.С., Недельська С.М. Алергологія дитячого віку. – Київ: «Книга плюс», 2004. – С. 217-235.
5. Пухлик Б.М., Пухлик С.М., Корицкая И. и соавт. Современные взгляды на проблему лечения аллергического ринита // Український пульмонологічний журнал. 2004. – № 2. – С. 18-21.
6. Пухлик С.М. Аллергический ринит (стандарты диагностики и лечения) // Журнал вушних, носових і горлових хвороб. – 2008. – № 3. – С. 108.
7. Allergic Rhinitis and its Impact on Asthma (ARIA). Report in collaboration with the World Health Organization // J Allergy Clin Immunol. – 2001. – Vol. 108 (suppl). – P. 148-149.
8. ARIA Initiative Scientific Committee. Common characteristics of upper and lower airways in rhinitis and asthma: ARIA update, in collaboration with GA(2)LEN / Cruz A., Popov T., Pawankar R. and other. // Allergy. – 2007. -Vol. 62. – P. 1-41.
9. Buczylko K. Blocada nosa – objaw prewleklego procesu alergicznego – patogeneza i leczenie // Acta Pneumonologica et Allergologica Pediatrica. – 2002. – № 5. – P. 73-75.
10. Canonica G.W. Efficacy of desloratadine in the treatment of allergic rhinitis: a meta-analysis of randomized, double-blind, controlled trials // Allergy. – 2007. – Vol. 62. – P. 359-366.
11. Rapiejko P., Jurkiewicz D. Leczenie alergicznych niezytow nosa // Terapia. – 2004. – № 4. – P. 24-30.

С.В. Зайков, д.м.н., профессор, Винницкий национальный медицинский университет им. Н.И. Пирогова

Методы диагностики аллергических заболеваний

В XXI веке аллергические заболевания (АЗ) окончательно превратились в глобальную медико-социальную проблему, поражая до 30-40% населения различных стран мира. Для этой патологии также характерны продолжающиеся темпы роста заболеваемости, утяжеление клинического течения, трудности диагностики, лечения и профилактики большинства АЗ. В связи с этим в рамках данной статьи мы остановимся на общих принципах диагностики АЗ и особенностях ее проведения при отдельных нозологических формах аллергопатологии.

Диагностика АЗ направлена на выявление различных причин и факторов, которые могут способствовать их формированию и манифестации клинических симптомов. Обычно с этой целью применяются специфические (основные) и неспецифические (дополнительные) методы диагностики. Схема обследования пациента с АЗ традиционно включает сбор аллергологического анамнеза, физикальное обследование пациента, проведение кожных, провокационных и лабораторных тестов с аллергенами (АГ), которые относятся к специфическим методам диагностики АЗ. Основным принципом специфической диагностики АЗ является выявление антител или сенсибилизированных лимфоцитов, продуктов специфического взаимодействия АГ и антител с помощью различных тестов in vivo и in vitro. Важная роль также отводится и неспецифическим методам обследования пациентов, включающим комплекс клинико-лабораторных, рентгенологических, инструментальных и функциональных методов исследования, выбор которых осуществляется индивидуально и по соответствующим показаниям.

Общеизвестно, что в аллергологии правильный диагноз во многом определяется полнотой собранного **аллергологического анамнеза**. При опросе пациента особое внимание должно быть обращено на особенности развития первых симптомов АЗ, их интенсивность, длительность, динамику развития, ответ на проведение фармакотерапии и пр. При этом данные аллергологического анамнеза могут способствовать:

– установлению аллергической природы заболевания и нозологической формы АЗ благодаря выявлению четкой связи развития АЗ и его манифестации с воздействием определенных причинных факторов, исчезновению симптомов болезни (например, чихания, заложенности носа, насморка, приступов удушья, зуда, отечности кожи, кожной сыпи и пр.) после устранения контакта с ними, их возобновлению и утяжелению после повторного контакта с причинным фактором;

– выявлению причинно-значимых АГ и факторов риска развития АЗ;

– установлению наличия наследственной предрасположенности к аллергии;

– выявлению влияния на симптомы факторов окружающей среды (климата, погоды, физических, химических, в т.ч. производственных факторов и пр.);

– установлению сезонности обострений заболевания;

– выявлению влияния бытовых факторов (перенаселенность жилища, повышенная влажность и запыленность в нем, наличие в жилье ковров, мягкой мебели, домашних животных, птиц, аквариумных рыбок, тараканов, книг и пр.) на характер развития и течение заболевания;

– установлению связи начала АЗ и его обострений с приемом лекарственных средств, иммунобиологических препаратов, пищевых продуктов, ужалениями и укусами насекомых;

– уточнению времени, прошедшего между контактом с возможным АГ и возникновением аллергической реакции, которое может составлять от нескольких минут до нескольких часов и даже суток при реакциях иммунокомплексного и клеточного типа;

– выявлению в личном и семейном анамнезе других АЗ;

– обнаружению сопутствующей соматической и инфекционной патологии;

– оценке эффективности противоаллергических препаратов и элиминации предполагаемых аллергенов.

Правильно собранный аллергологический анамнез позволяет не только выявить АЗ, но и достаточно точно определить виновные в его развитии АГ или группу АГ.

Так, если у больного отмечаются круглогодичные симптомы, чаще проявляющиеся в ночное время суток, при уборке помещения, наличии в нем пылесборников (ковров, штор, мягкой мебели, игрушек, книг), то можно предположить наличие у больного аллергии к домашней и библиотечной пыли. При таком характере сенсибилизации состояние пациента может улучшиться при пребывании в больнице, выходе на улицу.

Если же симптомы болезни возникают в одни и те же временные периоды года (весенние, летне-осенние месяцы), то следует предположить наличие поллиноза. При подобной форме заболевание носит достаточно четкий сезонный характер с появлением симптомов в одно и то же время года, что связано с пылением растений и спорообразованием грибов. При развитии гиперчувствительности к пыльцевым АГ в период пыления растений пациентов часто беспокоят симптомы обострения аллергического ринита, бронхиальной астмы, признаки системных реакций на пыльцевые АГ (утомляемость, отсутствие аппетита, депрессия, приступы мигрени и пр.). Состояние пациентов характерно ухудшается при выходе из помещения на улицу, в сухую ветреную погоду, при выезде на природу, а улучшается при смене места проживания, влажной погоде, пребывании в закрытом помещении. Кроме того, состояние больных с сезонным характером АЗ может ухудшаться при употреблении ряда пищевых продуктов, обладающих антигенными свойствами пыльцы растений, использовании косметических и лекарственных средств на основе экстрактов растений, пчелиной пыльцы и пр.

При развитии грибковой сенсибилизации симптомы АЗ могут отмечаться весь теплый период года, но чаще обострения развиваются в весенний (март-апрель) и осенний (сентябрь) сезоны наиболее активного спорообразования грибковых микроорганизмов. Как правило, ухудшение состояния отмечается в сухую погоду при повышенной концентрации грибковых АГ в воздухе, а также при контакте с прелым сеном и травой, при пребывании в сырых, плохо проветриваемых помещениях, при употреблении пищевых продуктов, подвергшихся ферментации (пиво, квас, шампанское, дрожжевое тесто, сыры).

Для пациентов с инфекционно-зависимым фенотипом бронхиальной астмы характерно обострение симптомов АЗ на фоне вирусных и бактериальных инфекций, чаще в холодное время года.