



УДК 616.211-002-053.2

DOI: 10.22141/2224-0551.5.73.2016.78313

УМАНЕЦЬ Т.Р., МАТВЕЄВА С.Ю.

ДУ «Інститут педіатрії, акушерства і гінекології НАМН України», м. Київ, Україна

## АЛЕРГІЧНИЙ РИНИТ У ДІТЕЙ: на допомогу лікарю-педіатру

**Резюме.** У статті подані сучасні рекомендації щодо діагностики та лікування алергічного риніту в дітей, визначено місце деконгестантів у терапії захворювання.

**Ключові слова:** алергічний риніт, діти, деконгестанти, Мілі Носік.

Алергічний риніт (АР) є однією з глобальних медико-соціальних проблем. Епідеміологічні дослідження останніх років свідчать, що 1/4 популяції людей світу страждають від АР. Поширеність цієї патології в європейських країнах, за даними різних авторів, становить від 23 до 30 % і з часом збільшується [1, 2, 5–7]. Поширеність сезонного АР (1,0–40,0 % у загальній популяції) вища в дітей та підлітків, ніж у дорослих, у яких переважають симптоми цілорічного АР. Встановлено, що до пубертатного віку на АР частіше хворіють хлопчики, ніж дівчатка, у той час як у підлітків частота захворюваності має протилежну тенденцію.

В Україні показники як поширеності АР, так і захворюваності на нього залишаються низькими. Так, поширеність АР серед дітей в Україні за 2015 рік становить 0,5 %. Це свідчить про гіподіагностику даної патології в дітей, однією з причин якої є той факт, що діти недостатньо вербалізують свої симптоми. Тому в дітей частіше, ніж у дорослих, АР не діагностується і, відповідно, своєчасно не лікується.

Хоча АР не є тяжким захворюванням, однак він суттєво впливає на якість життя дітей та їх батьків. Алергічний риніт погіршує соціальне життя та сон хворих, знижує їх працездатність та негативно впливає на навчання дітей у школі [5, 6].

На сьогодні розроблені чіткі діагностичні та терапевтичні директиви ВООЗ, Європейської академії алергології й клінічної імунології та інших міжнародних асоціацій у галузі алергології та отоларингології щодо АР, що ґрунтуються на принципах доказової медицини [1, 5, 6].

Згідно із сучасними уявленнями, АР — ІgЕ-залежне запальне захворювання слизової оболонки носа, що виникає під впливом алергенів і клінічно характеризується появою свербежу в носі, приступа-

ми чхання, ринореєю, закладанням носу/назальною обструкцією. Алергенспецифічне ІgЕ-еозинофільне запалення — це ключові характеристики АР, що часто пов'язаний з іншими супутніми захворюваннями, такими як кон'юнктивіт, бронхіальна астма (БА), риносинусит та середній отит [1–6].

Враховуючи, що у 80 % дітей з БА реєструється АР, а в 40 % хворих на АР формується БА, серед науковців усього світу обговорюється так звана теорія єдиних дихальних шляхів, а АР вважається важливим фактором ризику формування БА [4, 5, 8]. Крім того, наявність супутнього АР у дітей суттєво впливає на тяжкість перебігу БА, рівень її контролю та значно погіршує якість життя хворих дітей [7].

Згідно із сучасною класифікацією, за варіантом перебігу виділяють:

— інтермітуючий АР, при якому симптоми спостерігаються епізодично, менше від 4 днів на тиждень або менше від 4 послідовних тижнів;

— персистуючий АР — симптоми спостерігаються понад 4 дні на тиждень або понад 4 послідовних тижні.

За тяжкістю перебігу АР класифікують таким чином:

— легкий, при якому в пацієнтів реєструється нормальний сон, немає труднощів під час щоденної активності, заняття спортом або відпочинку, немає нестерпних симптомів (усе наведене);

Адреса для листування з авторами:

Уманець Т.Р.

E-mail: redact@i.ua

© Уманець Т.Р., Матвеева С.Ю., 2016

© «Здоров'я дитини», 2016

© Заславський О.Ю., 2016

— середньотяжкий/тяжкий (один або більше критерій) — наявність порушення сну, труднощі під час щоденної активності, заняття спортом або відпочинку, негативний вплив на працездатність/навчання в школі, наявні нестерпні симптоми.

Крім того, згідно з етіологічними чинниками виділяють цілорічний АР (експозиція кліщів домашнього пилу, грибкових алергенів, алергенів домашніх тварин (при мешканні в домашніх умовах)) та сезонний АР як прояв полінозу.

Для *сезонного АР* характерні:

— сезонний характер скарг (симптоми щорічно з'являються й припиняються в один і той же час із незначними коливаннями — свербіж у носі, носоглотці, багатократне чхання, рясні водянисті виділення з носа, утруднене носове дихання — закладання носа, блокада носа, назальна обструкція);

— одночасно можуть виникати ознаки алергічного кон'юнктивіту й бронхіальної астми;

— погіршення стану відзначається під час перебування на вулиці, у суху й вітряну погоду;

— може бути перехресна харчова алергія, алергія на ліки й косметичні засоби, що містять рослинні компоненти.

Характерні анамнестичні ознаки *цілорічного АР*:

— ознаки риніту наявні впродовж усього року з періодами погіршення або поліпшення стану;

— чіткий зв'язок з дією побутових алергенів і алергенів тварин;

— симптоми з'являються або посилюються під час прибирання приміщень та при контакті з тваринами;

— у дітей з переважанням закладання носа не завжди виявляється чіткий зв'язок із впливом алергенів:

- дитина часто використовує судинозвужувальні засоби;

- виділення з носа в'язкі, порушується нюх;

- риніт перебігає без різких загострень, утруднює встановлення діагнозу алергії;

- часта наявність одного (закладання носа, блокада носа — «блокадники») чи двох симптомів (чхання, свербіж, водянисті виділення — «чхальники»);

- при тривалому тяжкому перебігу риніту — зв'язок з впливом неспецифічних подразників (різких запахів, тютюнового диму, засобів побутової хімії, різка зміна температури повітря);

- закладання носа в сирих приміщеннях, що погано вентилуються, у сиру погоду, може бути непереносимість продуктів, що містять дріжджі, — квас, кисломолочні напої, антибіотики пеніцилінової групи.

У дітей з АР початок гострої алергічної реакції часто супроводжується продромальними симптомами, такими як свербіж, чхання, закладання носа. Для багатьох дітей з АР характерними симптомами є: «алергічний салют» (дитина постійно чухає ніс, морщить його), «алергічне сьайво» (сині й темні кола навколо очей), ринорея (значні слизувати

або водянисті виділення з носа); утруднене носове дихання, спричинене набряком слизової оболонки; очні симптоми (свербіж повік та сльозотеча, кон'юнктивіт більш типовий для сезонного АР); підвищена чутливість слизової оболонки носа до неспецифічних тригерів (охолодження, пилу, різких запахів тощо).

До симптомів риніту, що, як правило, не пов'язані з алергічною етіологією захворювання, належать: односторонні носові симптоми, закладання носа без інших симптомів, слизово-гнійна ринорея, ринорея із задніх відділів носа, з густим слизом і/або відсутність ринореї з передніх відділів носа, біль, рецидивні носові кровотечі, аносмія.

Лабораторними та інструментальними діагностичними ознаками АР є: позитивні результати шкірних тестів з алергенами (прик-тест) та/або наявність підвищених титрів алергенспецифічних IgE-антитіл у сироватці крові, що збігаються з анамнестичними клінічними даними; системна (підвищення еозинофілів периферичної крові) та секреторна еозинофілія (еозинофільний тип запалення при проведенні цитологічного дослідження мазків-відбитків зі слизової носа (риноцитограма); при проведенні передньої риноскопії — значна кількість прозорого, водянистого, іноді пінистого секрету в носових ходах, значний набряк, сірий або ціанотичний колір слизової оболонки носових раковин, наявність характерної плямистості слизової оболонки (симптом Воячека).

При підозрі на АР всі діти повинні бути скеровані на консультацію до дитячого алерголога та отоларинголога.

При встановленні діагнозу АР всім хворим необхідно оцінити ризик розвитку або наявності бронхіальної астми. З цією метою рекомендовано хворому/батькам дитини поставити чотири простих запитання:

1. Чи траплявся у дитини приступ або рецидивуючі приступи свистячого дихання?

2. Чи буває у дитини нестерпний кашель, особливо вночі?

3. Чи буває у дитини кашель або свистяче дихання після фізичного навантаження?

4. Чи дитина відчуває труднощі при вдиху?

Якщо пацієнт або його батьки стверджено відповіли на будь-яке з цих запитань, у вашого пацієнта може бути БА. Цим дітям (починаючи з 6-річного віку) необхідно проведення спірометричних досліджень із бронхолітичною пробою (проба на оборотність обструкції).

Лікування АР у дітей включає елімінаційні заходи, фармакотерапію, алергенспецифічну імунотерапію, навчальні програми.

Медикаментозне лікування АР залежить від ступеня тяжкості й перебігу симптомів хвороби (табл. 1).

Пероральні H<sub>1</sub>-блокатори рецепторів гістаміну 2-го покоління є препаратами першого вибору в лікуванні АР, за винятком випадків персистуючого

АР із середньотяжким/тяжким перебігом, що помірно ефективні при закладанні носа. Топічні (ендонозальні, очні)  $H_1$ -антигістамінні препарати як монотерапія мало ефективні в лікуванні АР.

Препаратами першого вибору для лікування персистоючого АР з середньотяжким/тяжким перебігом є ендоназальні глюкокортикостероїди, що вважаються найефективнішими. Пероральні глюкокортикостероїди не рекомендовані для лікування алергічного риніту.

Ендоназальні кромони менш ефективні за інтраназальні кортикостероїди та  $H_1$ -антигістамінні препарати, але для контролю очних симптомів внутрішньоочні кромони високоефективні.

Антилейкотрієнові препарати (монтелукаст) можуть застосовуватись як монотерапія для лікування сезонного АР у дітей шкільного віку та цілорічного АР у дітей дошкільного віку.

Незважаючи на існуючі стандарти, ефективні лікарські препарати для лікування АР, на жаль, контролювати симптоми АР важко, особливо при тяжких формах назальної обструкції та при поєднанні з гострою респіраторною вірусною інфекцією [2, 6]. У цих випадках часто виникає необхідність призначення додаткового лікування, а саме деконгестантів. Так, за нашими даними, 2/3 дітей потребують додаткового лікування при тяжкому перебігу полінозу. При цьому при достатньому об'ємі медикаментозного навантаження на дитину з тяжким

перебігом АР завжди необхідно враховувати співвідношення ризик/користь лікування, яке признається.

Місцеві деконгестанти (похідні оксиметазоліну) відновлюють носове дихання, але через 8 годин ці препарати викликають ефект рикошету у вигляді реактивної гіперемії слизової оболонки порожнини носа й відновлення виділення назального секрету. Тривале застосування місцевих судинозужувальних засобів часто призводить до порушення нормального функціонування мукоциліарного кліренсу, атрофії слизової оболонки носа, спричиняє розвиток медикаментозного риніту. Як основна причина даного стану розглядається й обговорюється виникнення рефрактерності судин слизової носа до адреноміметиків, що призводить до розвитку вторинної назальної вазодилатації. Тому дані препарати мають обмежене застосування, і не більше за 4–5 діб.

З позицій доказової медицини в пацієнтів із відсутністю контролю над симптомами АР при застосуванні пероральних антигістамінних препаратів як додаткового симптоматичного лікування назальної обструкції альтернативним вибором може бути фіксована комбінація перорального  $H_1$ -антигістаміну й деконгестанту [5]. Терапевтичний ефект пероральних (системних) деконгестантів, до яких належать фенілефрин, фенілпропаноламін, псевдоефедрин, обумовлений стимуляцією  $\alpha$ -адренорецепторів су-

Таблиця 1. Алгоритм лікування алергічного риніту

Інтермітуючі симптоми		Персистоючі симптоми	
Легкий перебіг	Середньотяжкий /тяжкий	Легкий	Середньотяжкий/тяжкий
Не в порядку надання переваги: — пероральні $H_1$ -антигістамінні препарати, або ендоназальні $H_1$ -антигістамінні препарати, і/або деконгестанти або антагоністи лейкотрієнових рецепторів	Не в порядку надання переваги: — пероральні $H_1$ -антигістамінні препарати, або ендоназальні $H_1$ -антигістамінні препарати і/або деконгестанти, або ендоназальні кортикостероїди*, або антагоністи лейкотрієнових рецепторів (або кромони). При персистоючому АР — огляд пацієнта через 2–4 тижні; при неефективності — продовжити лікування протягом 1 місяця	Не в порядку надання переваги: — ендоназальні кортикостероїди; — $H_1$ -антигістамінні препарати або антагоністи лейкотрієнових рецепторів. Огляд пацієнта через 2–4 тижні. При покращенні — попередній етап лікування продовжити протягом 1 місяця. При неефективності: — переглянути діагноз; — переглянути комплайнс; — виключити наявність інфекції або інших причин. Терапія: — підвищити дозу ендоназальних стероїдів; — при свербезі/чханні додати антигістамінні препарати; — при ринореї додати іпратропіум; — при закладанні носа додати деконгестанти. При неефективності — скерувати до дитячого отоларинголога	
Уникнення алергенів та подразнюючих факторів			
При кон'юнктивіті додати: $H_1$ -антигістамінні препарати, або очні антигістамінні краплі, або очні кромони (або фізрозчин)			
Розглянути показання для проведення алергенспецифічної імунотерапії			

**Примітка:** \* — якщо для лікування супутньої БА застосовують інгаляційні кортикостероїди, слід переглянути загальну дозу місцевих кортикостероїдів.

дин слизової оболонки носоглотки, що призводить до назальної вазоконстрикції, зменшення гіперемії й ексудації тканин. Відновлення дренажу придаткових пазух носа та евстахієвої труби сприяє зниженню тиску в параназальних порожнинах і в середньому вусі, що зменшує ризик розвитку коморбідної патології [3, 9].

Серед деконгестантів системного впливу найбезпечнішим виявився фенілефрин [9]. Його застосування рідко викликає збудження, тривожність, дратівливість, підвищення артеріального тиску, а швидке виведення фенілефрину робить його призначення більш безпечним у маленьких дітей, у яких тривалий ефект небажаний у зв'язку з ризиком розвитку негативних явищ і легкістю передозування діючої речовини. Безпечність та ефективність фенілефрину для перорального застосування була підтверджена в багатьох дослідженнях, що дало змогу з 2000 року відділу з контролю за харчовими продуктами і лікарськими засобами США (FDA) рекомендувати його як альтернативу застосуванню псевдоєфедрину й дозволити безрецептурний продаж.

Єдиним в Україні серед системно діючих на назальну обструкцію засобів для лікування риніту є безрецептурний пероральний препарат Мілі Носік (Mili Healthcare Ltd., Великобританія), що протягом багатьох років зарекомендував себе як безпечний у педіатричній практиці (у дітей з 4 років). До складу Мілі Носік входять фенілефрин і хлорфенаміну малеат. Фенілефрин — симпатоміметичний амінофілін, що спричиняє звуження кровоносних судин шляхом стимуляції  $\alpha$ -адренергічних рецепторів, розташованих на посткапілярних судинах та кавернозно-венозних синусах слизової оболонки носа. Звуження кровоносних судин знижує кровонаповнення слизової оболонки носоглотки й спричиняє таким чином довготривале зменшення її набряку. Хлорфеніраміну малеат — блокатор  $H_1$ -гістамінових рецепторів. Чинить протиалергічну дію, зменшує прояви ексудації. Поєднання цих діючих речовин дозволяє більш ефективно контролювати симптоми риніту різної етіології, включаючи АР. Перевагою застосування препарату Мілі Носік у дітей є більш

швидке відновлення носового дихання за рахунок покращання функції миготливого епітелію, а пероральний шлях введення виключає подразнення слизової оболонки носа, що часто спостерігається при ендоназальному застосуванні ліків. Відмічається хороша переносимість у дітей, які вказують на приємний смак і запах крапель Мілі Носік. Тривалість застосування Мілі Носік не повинна перевищувати 4–5 діб.

Особистий досвід застосування Мілі Носік у дітей з АР свідчить про безпечність і користь його як додаткового лікування в пацієнтів із симптомами гострої респіраторної вірусної інфекції, тяжким інтермітуючим перебігом захворювання (у комбінації з антигістамінними препаратами другого покоління), неконтрольованими симптомами полінозу (у комбінації з інтраназальними кортикостероїдами).

## Список літератури

1. Беш Л.В. Алергічний риніт у дітей / Л.В. Беш // *Здоров'я ребенка*. — 2012. — № 5(40).
2. Жерносек В.Ф. Алергический ринит у детей: современное понимание проблемы, возможности контроля ринита резистентного типа / В.Ф. Жерносек // *Международные обзоры: клиническая практика и здоровье*. — 2014. — № 1(7). — С. 20-22.
3. Пухлик С.М. Нарушения носового дыхания у детей и способы его коррекции / С.М. Пухлик // *Здоров'я ребенка*. — 2012. — № 5(40). — С. 97-100.
4. Романюк Л.И. Алергический ринит как коморбидное состояние бронхиальной астмы / Л.И. Романюк // *Астма та алергія*. — 2013. — № 2. — С. 62-65.
5. *Allergic Rhinitis and its Impact on Asthma (ARIA) guidelines: 2010 Revision* / J.L. Brozek, J. Bousquet, C.E. Baena-Cagnani [et al.] // *J. Allergy Clin. Immunol.* — 2010. — Vol. 126. — P. 466-76
6. *Global atlas of allergic rhinitis and chronic rhinosinusitis* / I. Agache, C. Akdis, M. Akdis [et al.]. — 2015. — 422 p.
7. Hansen T.E. Increasing prevalence of asthma, allergic rhinoconjunctivitis and eczema among schoolchildren: three surveys during the period 1985–2008 / T.E. Hansen, B. Evjenth, J. Holt // *Foundation Acta Paediatrica*. — 2013. — Vol. 102. — P. 47-52.
8. Obimbo E.M. Allergic rhinitis and asthma — evidence for an association / E.M. Obimbo, M.E. Levin // *Current Allergy & Clinical Immunology*. — 2013. — Vol. 26, № 1. — P. 4-7.
9. *Oral antihistamine-decongestant-analgesic combinations for the common cold* / De A.I. Sutter, M.L. van Driel, A.A. Kumar [et al.] // *Cochrane Database Syst. Rev.* — 2012 Feb. — 15(2). — CD004976.

Отримано 10.08.16 ■

Уманец Т.Р., Матвеева С.Ю.

ГУ «Институт педиатрии, акушерства и гинекологии НАМН Украины», г. Киев, Украина

### АЛЛЕРГИЧЕСКИЙ РИНИТ У ДЕТЕЙ: В ПОМОЩЬ ВРАЧУ-ПЕДИАТРУ

**Резюме.** В статье представлены современные рекомендации по диагностике и лечению аллергического ринита у детей, определено место деконгестантов в терапии заболевания.

**Ключевые слова:** аллергический ринит, дети, деконгестанты, Мили Носик.

Umanets T.R., Matveeva S.Yu.

State Institution «Institute of Pediatrics, Obstetrics and Gynecology of the National Academy of Medical Sciences of Ukraine», Kyiv, Ukraine

### ALLERGIC RHINITIS IN CHILDREN: TO HELP THE PEDIATRICIAN

**Summary.** The article presents the modern recommendations on the diagnosis and treatment of allergic rhinitis in children, determines the place of decongestants in the therapy of this disease.

**Key words:** allergic rhinitis, children, decongestants, Mili Nosik.