



ГОУ ВПО РГМУ
Росздрава,
Федеральный
научно-
клинический
центр АОР

Проблемы затрудненного носового дыхания и аллергические заболевания верхних дыхательных путей

Д.м.н., проф. Т.И. ГАРАЩЕНКО

Высокий уровень распространенности заболеваний органов дыхания определяет пристальный интерес к проблеме патологии респираторного тракта. Функциональная связь между верхними и нижними отделами дыхательного тракта играет большую роль в возникновении хронических заболеваний бронхолегочной системы.

Одним из наиболее частых симптомов острых инфекционно-воспалительных заболеваний верхних дыхательных путей (ВДП) является затрудненное носовое дыхание. Периодическое или постоянное затруднение носового дыхания влияет на состояние нижних дыхательных путей за счет носолегочных, носогрудных рефлексов, обуславливает увеличение легочного сопротивления.

Риносинусобронхиальный рефлекс, связанный единой иннервацией блуждающим нервом полости носа, носоглотки, ротоглотки или бронхов, приводит к бронхоконстрикции, наблюдаемой при бронхиальной астме у больных с первичной локализацией патологического процесса в верхних дыхательных путях. Длительное воздействие пыли, наличие очагов хронической инфекции в полости носа и околоносовых пазухах нарушают самоочищение органов дыхания, способствуют формированию бронхообструктивного синдрома, преобладаю-

щего в клинических проявлениях бронхиальной астмы. Носовое очищение (мукоцилиарный барьер) обеспечивает санацию 13–15 тыс. литров воздуха, ежедневно проходящих через верхние дыхательные пути в легкие. Функционирование своеобразного кондиционера, обусловленного кровенаполнением гломусных сосудов и кавернозных тел слизистой оболочки носа, играет важную роль в регуляции влажности и температуры воздуха, направляемого в легкие. При затруднении носового дыхания у детей значительно снижается качество жизни, наблюдаются когни-

тивные расстройства, снижается память, усиливается сонливость. Длительное затруднение носового дыхания, снижение нормального вдоха через нос или имеющееся в полости носа препятствие ограничивают поступление лекарственных веществ, необходимых для лечения самой носовой обструкции. Заложенность носа является поводом к включению ротового дыхания, у детей грудного возраста может вести к аспирационному эффекту во время кормления, у старших детей способствует активному поступлению аллергенов, патогенных микроорганизмов, поллютантов, холодного воздуха в легкие. В раннем детском возрасте существует ряд анатомо-физиологических особенностей строения полости носа, носоглотки, гортани, которые при развитии воспалительного процесса в полости носа при обычной респираторной инфекции создают значительные проблемы носового дыхания. Среди них можно указать ряд наиболее важных:

- узкая носовая полость;
- нижний отдел полости носа составляет 1/3 общего объема полости носа;
- развитие полости носа происходит дискретно и связано с ростом и сменой зубов;



- рост полости носа в длину и ширину происходит медленнее роста дна полости носа;
- у детей до года носовые ходы очень узкие из-за хорошо развитых и крупных раковин;
- отсутствуют нижний, средний носовые ходы, носовые раковины поджаты, имеются рудиментные дополнительные раковины в задних отделах свода носа;
- низкое стояние основной пазухи и щелевидная носоглотка с преобладанием поперечного размера являются причиной так называемого сопения у детей первых 6 месяцев жизни;
- низкая, толстая носовая перегородка и незначительная перпендикулярная пластинка решетчатой кости;
- отсутствие кавернозной ткани в области свободных краев носовых раковин у детей первых лет жизни определяет невысокую эффективность применения сосудосуживающих капель и т. д.

Аномалии развития полости носа должны быть исключены или подтверждены в процессе детального обследования, а их устранение – один из этапов комплексного лечения детей с затруднением носового дыхания. Нейровегетативная дисфункция отражается на выраженности клинических симптомов, ментальном поведении больного с признаками затруднения носового дыхания.

Наиболее часто встречающейся причиной затруднения носового дыхания у детей является гипертрофия глоточной миндалины, расположенной в носоглотке позади хоан. Глоточная миндалина является неотъемлемой частью системы мукозального иммунитета, ассоциированной со слизистыми оболочками (MALT). Глоточной миндалине отводят важную роль в поддержании, формировании иммунной системы полости носа, околоносовых пазух и среднего уха. В постнатальном периоде преобладающее поступление антигенов через полость носа является физиологическим стимулом к развитию функциональной активности им-

мунокомпетентной лимфоидной ткани носоглотки, что приводит к физиологической гиперплазии глоточной миндалины в возрасте 2–4 лет. Однако увеличенная глоточная миндалина, к сожалению, в 45–55% случаев у детей дошкольного и младшего школьного возраста связана с наличием хронического воспалительного процесса (аденоидита). Заболевание сопровождается, как правило, патологическим увеличением глоточной миндалины (аденоиды II–III степени). Это не только ведет к развитию и поддержанию воспаления в полости носа, околоносовых пазухах, среднем ухе (так называемое горизонтальное инфицирование близлежащих отделов), но и способствует нисходящему распространению инфекции в гортаноглотку, бронхи, легкие. Наиболее частыми причинами гиперплазии глоточной миндалины могут быть несколько состояний. Острая инфекция респираторного тракта, вызываемая вирусами, тропными к лимфоидной ткани (аденовирусы, RSG-вирус, вирусы ЕСНО, Коксаки и др.), приводит к быстрому развитию аденоидита на высоте клинических проявлений ОРВИ. Причиной острого поражения глоточной миндалины могут быть вирус Эпштейна – Бар при мононуклеозе, цитомегаловирус, вирусы кори, краснухи, ветряной оспы при детских инфекциях, при которых симптомы аденоидита могут появляться раньше, чем типичные клинические проявления. Особой тропностью к глоточной миндалине обладают так называемые возбудители внутриклеточных инфекций – *M. pneumoniae*, *Chl. pneumoniae*. Мощный каскад провоспалительных цитокинов вирусного воспаления приводит к резкому отеку лимфоидной ткани в носоглотке, блокаде задних отделов полости носа и слуховых труб. Обильное слизееобразование, сопровождающее вирусное воспаление в полости носа и носоглотке, единые механизмы нейровегетативной иннервации способствуют фор-

Дети с длительным затруднением дыхания через верхние дыхательные пути обязательно должны проходить расширенное обследование с использованием не только обычных клинических, но и современных эндоскопических методов при участии широкой группы специалистов.

мированию тубоотита, экссудативного среднего отита, риносинусита.

Патологические причины острых и рецидивирующих заболеваний респираторного тракта разнообразны. Вирусная инфекция сопровождается значительным отеком и инфильтрацией слизистой оболочки, цитопатическим эффектом по отношению к мерцательному эпителию. Бактериальное воспаление, следующее, как правило, за вирусной инфекцией, усугубляет клиническое течение вирусной агрессии. При этом активация условно-патогенной микрофлоры, персистирующей на слизистой оболочке респираторного тракта, приводит к формированию агрессивных микросообществ (биопленок) с их адгезией, инвазией и развитием бактериального воспаления. Дисбиотические изменения на слизистых оболочках респираторного тракта могут наблюдаться при рецидивировании заболевания, хроническом течении, при рефлюкс-эзофагите с присутствием микотической инфекции, хеликобактера, кишечной, синегнойной палочки, протей на слизистой оболочке полости носа, носоглотки, околоносовых пазух и среднего уха. Иммунодефициты, топические и системные, создают условия для прогрессирования как вирусной, так и бактериально-микотической инфекции. Врожденная и приобретенная мукоцилиарная дисфункция может служить фоном для формирования хронического воспаления, поэтому риноэндоскопическая кар-



тина (отек, полипообразование, характер, вязкость, объем секрета и др.) должна быть учтена при выборе метода лечения. Аллергия во многом определяет тяжесть, длительность, клинические проявления респираторной дисфункции, которые охватывают практически все отделы ВДП.

Таким образом, дети с длительным затруднением дыхания через верхние дыхательные пути обязательно должны проходить расширенное обследование с использованием не только обычных клинических, но и современных эндоскопических методов при участии широкой группы специалистов.

Постоянно персистирующей в полости носа и носоглотке условно-патогенной микрофлорой создаются условия для активного размножения, что в дальнейшем приводит к более тяжелому, длительному бактериальному поражению. Именно хроническая лимфотропная вирусная инфекция, внутриклеточные инфекции и персистирующая условно-патогенная микрофлора (пневмококк, золотистый стафилококк, моракселла, гемофильная палочка, бета-гемолитический стрептококк высокой (III–IV) степени обсеменения) являются ведущими причинами аденоидита. Однако аденоидит не всегда сопровождается гиперплазией глоточной миндалины. Склонность к гиперплазии глоточной миндалины чаще конституционально предопределена и наиболее часто встречается у детей с лимфатическим и атопическим типами иммунных диатезов. У детей с атопией пики затруднения носового дыхания совпадают с периодами активной поллинозиса (апрель, май, июнь при сезонном аллергическом рините; октябрь, ноябрь при круглогодичном рините). В это время наблюдается и подъем хирургических вмешательств в носоглотке у детей. Развитие аденоидита с гиперплазией глоточной миндалины также может быть связано с рефлюкс-эзофагитом и забросом содер-

жимого желудочно-кишечного тракта с его микрофлорой в носоглотку.

Одной из актуальных проблем современной медицины являются аллергические риниты (АР) в связи с неуклонным ростом заболеваемости ими среди населения Земли, как и всеми аллергическими заболеваниями в целом.

В структуре аллергических заболеваний удельный вес АР значителен и составляет 60–70%. Около четверти населения Земли всех возрастных групп страдают этим заболеванием [1, 2].

Эпидемиология

По данным Н.И. Ильиной, в разных регионах России распространенность АР составляет: в г. Москве – 12%, Ленинградской области – 12,7%, Брянской – 15%, Ростовской – 19%, Свердловской – до 24% [3]. Как видно, распространенность АР во многом зависит от промышленных и климатических условий и особенностей произрастающей флоры региона (для сезонных ринитов).

Эпидемиологические исследования, проведенные в Пензенской области, показали, что распространенность АР составляет 4,0–8,7% в различных возрастных группах [4], а у взрослых – 11,7%. Распространенность АР, по данным официальной статистики, то есть по данным обращаемости, занижена у детей в 11–23 раза. Распространенность АР у детей и подростков в Ростовской области составила 23,9–40,7%. Благодаря анкетированию удалось выяснить, что у 23–37% школьников Пензенской области в течение последних лет имели место длительные симптомы ринита [4]. Специальные направленные аллергические исследования показали, что около трети всех случаев ринитов могли быть связаны со специфическими аллергическими воспалениями слизистой оболочки полости носа.

Диагностика

У детей особенно сложна диагностика аллергического ринита, поскольку ребенок, впервые вхо-

дящий в детский коллектив, неоднократно переносит ОРВИ, бактериальный риносинусит. Причиной длительной заложенности носа у детей может быть гипертрофированная аденоидная ткань. Существует множество причин, вызывающих острое и хроническое воспаление слизистой оболочки носа у детей. Врожденные особенности строения костных структур полости носа, носовой перегородки (в том числе пороки развития), структуры латеральной стенки носа и ее изменяющаяся в связи с ростом детей архитроника, прорезывание зубов во многом предопределяют склонность к стойкой заложенности носа, которая может расцениваться как хронический ринит. Эти же факторы являются предпосылкой развития хронического воспаления, в том числе аллергической природы. Создаются условия высокой концентрации аллергенов и их задержки на слизистой оболочке носовой полости с последующим развитием типичного аллергического воспаления, что ведет к росту числа пациентов с АР и полипозной гиперплазией.

Аллергический ринит характеризуется IgE-опосредованным воспалением в слизистой оболочке полости носа и клинически проявляется заложенностью носа, выделениями, чиханием и зудом в полости носа. В зависимости от варианта АР в клинической картине могут преобладать заложенность носа, выделения (круглогодичные риниты – КАР, по действующей классификации – персистирующие риниты) или ринорея, зуд, чихание (сезонные аллергические риниты – САР, поллиноз), для которого характерно интермиттирующее течение, согласно современной классификации ARIA.

Без специальных диагностических приемов в педиатрической практике сложно установить причину ринита. АР необходимо дифференцировать с инфекционным воспалением вирусно-бактериальной и грибковой (аспергиллез, кандидоз) природы. Причиной хрони-



ческого воспаления могут быть туберкулез, сифилис, склерома полости носа, хроническая герпетическая, микоплазменная и хламидийная инфекции.

Структурные изменения в полости носа, при которых доминирует заложенность носа, могут быть связаны с аденоидами, полной и неполной атрезией хоан, длительно существующими инородными телами, гипертрофией носовых раковин (костной или мягкотканной). В связи с этим тщательное эндоскопическое исследование у детей с заложенностью носа или длительными выделениями является обязательным. Особенно это важно при аллергическом рините, так как ожидаемые от медикаментозной терапии АР результаты могут быть в значительной мере хуже по вышеперечисленным причинам. Вазомоторные риниты, связанные с дисфункцией вегетативной иннервации полости носа, наблюдаемой в период смены зубов, пубертатном и предменструальном периодах, во многом напоминают симптоматику аллергического ринита. Новообразования носоглотки (лимфорегикулосаркома, саркома Капоши), гранулематозы, системная красная волчанка, первичный иммунодефицит, ВИЧ-инфекция у детей сопровождаются симптомами блокады носа и выделениями.

У детей во многих случаях имеется сочетание АР с другими причинами затрудненного носового дыхания, поэтому у детей диагностика АР может быть трудной и длительной. Диагностика АР в первую очередь зависит от тщательности сбора анамнеза (связь с определенными периодами жизни при сезонном АР (рините с интермиттирующим течением), с факторами внешнего воздействия при персистирующих ринитах – домашняя пыль, контакт с мягкими игрушками, с животными, птицами, рыбками). Уменьшение или исчезновение симптомов заболевания при смене места жительства и условий жизни, изменении факторов внешней среды, смене постельных

принадлежностей (так называемый эффект элиминации) косвенно указывают на аллергическую природу заболевания. Подробно собранный анамнез, внимательная оценка клинических проявлений ринита у детей в большом проценте случаев позволяет заподозрить аллергическую природу заболевания.

Во многих случаях оптимизирует процесс диагностики АР у детей использование направленных анкет-опросников. Это отражается на экономических затратах, идущих на диагностику АР в рамках ОМС [4, 5]. Такой подход позволяет заподозрить АР еще до постановки аллергопроб. В связи с ложноотрицательными результатами аллергопроб, анализ анамнеза развития заболевания, включая семейную предрасположенность, у детей раннего возраста может быть единственным фактором, указывающим на аллергическую природу ринита. Например, усиление выделений из полости носа или ее заложенность при проявлениях пищевой аллергии на коже.

Клинические подходы к лечению

Симптоматика АР имеет определенные характерные черты в разных возрастных группах. У детей раннего возраста преобладают заложенность носа и выделения слизистого характера, реже наблюдаются чихание и зуд. Чихание, зуд и ринорея, аллергические тики чаще присутствуют у детей после 5 лет, при этом они наблюдаются как при сезонных, так и при круглогодичных АР и характерны и для интермиттирующего, и для персистирующего вариантов течения ринита.

В пубертатном периоде заложенность носа вновь превалирует над зудом и чиханием при круглогодичных персистирующих ринитах. Чихание и зуд доминируют в период поллинииции, при этом заложенность носа сохраняется вне зависимости от сезона года. Необходимо отметить, что многократное чихание и зуд, являющиеся следствием раздра-

жения рецепторов гистамином, могут наблюдаться при провокации триггерами (холодный воздух, свет, психогенные реакции). Длительная однообразная ринорея с водянистыми жидкими прозрачными выделениями также говорят в пользу АР, поскольку для инфекционного воспаления характерна периодическая смена вязкости и цвета носового секрета с течением времени. Заложенность полости носа со скудными выделениями в течение года, периодически усиливающимися, более характерны для круглогодичного АР с персистирующим течением заболевания. Однако именно этот симптом требует обязательного обследования ВДП для исключения других причин или констатации осложненных форм АР (полипоз, обострение бактериального риносинусита, аденоидита). Поскольку бактериальные риносинуситы в 70% случаев

В структуре аллергических заболеваний удельный вес АР значителен и составляет 60–70%. Около четверти населения Земли всех возрастных групп страдают этим заболеванием

сопровождают АР, таким пациентам по показаниям в ряде случаев необходимо проводить рентгенологические и КТ-обследования. Сочетание АР с поражением среднего уха в 50% случаев (особенно в период поллинииции) требует динамического наблюдения слуховой функции на всех этапах течения АР и в последующие 3–6 месяцев после завершения периода поллинииции. От наличия сопутствующих заболеваний (экссудативный отит, аденоидит) зависит длительность как системной противоаллергической терапии, так и применения топических кортикостероидных препаратов (от 1 до 6 месяцев и более при персистирующем рините).



Изучение мазков и смывов из полости носа позволяет дифференцировать аллергические и инфекционные риниты и может использоваться как экспресс-тест. Международные рекомендации направлены на популяризацию этого метода и внедрение его в практическую деятельность врача общей практики, педиатра, оториноларинголога, поскольку характеризуются неинвазивностью, в отличие от клинических анализов крови, используемых в повседневной практике. Необходимо помнить, что при таких забо-

гологом для уточнения диагноза; при наличии противопоказаний к кожному тестированию (выраженные проявления атопического дерматита, инфекционные заболевания кожи); в случае негативного отношения ребенка к многократным уколам; при наличии в анамнезе аллергических системных реакций на кожное тестирование; при расхождении клинической картины с результатами кожных проб [6]; для дифференциальной диагностики IgE-зависимого и IgE-независимого развития заболевания [7].

К сожалению, определение аллергенспецифических антител радиоаллергосорбентным (РАСТ), радиоиммунным, иммуно-ферментным или хемолюминисцентным (МАСТ) методами с набором стандартных панелей для диагностикомов не доступен для массовых исследований из-за высокой стоимости. Однако именно использование данных методик позволило выявить среди детей Ростовской области преобладание поздней сезонной аллергии (август – октябрь) в клиническом течении персистирующего АР [8]. Эти методики ценны именно для подобных регионов, так как позволяют дифференцировать «позднюю» поллинозную от эпидемических инфекционных ринитов, нарастающих в детских коллективах после возвращения с летнего отдыха. Именно в этот период врачу общей практики, педиатру, ЛОР-врачу сложно установить истинную причину вялотекущего ринита при возобновлении контакта с домашними аллергенами. Нередко такие обострения круглогодичного АР лечатся по стандартам инфекционного ринита, ОРВИ, а не как среднетяжелый круглогодичный персистирующий АР. Неоправданно используются сосудосуживающие капли, топические и системные антибиотики, физиотерапия. В сложных случаях аллергологом могут использоваться внутриносовые провокационные тесты, однако их необходимо проводить в специально оборудованных

кабинетах, где имеются условия для оказания неотложной помощи. Данные исследования вошли в стандарт диагностики АР [7].

К сожалению, как показали данные ФГОУ «Институт иммунологии Федерального медико-биологического агентства РФ» [9], средние сроки постановки диагноза АР составляют $8,1 \pm 7,9$ лет, и только 12% пациентов диагноз был поставлен в течение первого года, только у 10% был диагностирован АР при первом обращении, более чем у 50% пациентов срок диагностики превышал 5 лет. Неадекватная диагностика ведет к неадекватной терапии. У многих детей формируются медикаментозные риниты в ответ на частое использование сосудосуживающих капель, развиваются дисбиотические явления в области ВДП, ЖКТ после многократных курсов антибиотикотерапии, формируется медикаментозная аллергия. К сожалению, рано выполняются неоправданные хирургические вмешательства (аденоотомия, резекция носовых раковин, носовой перегородки) с кратковременным клиническим эффектом. Несвоевременная диагностика АР отражается на качестве жизни пациента. В соответствии с рекомендациями ARIA (2001, 2008), критерий «качество жизни» положен в основу оценки степени тяжести АР. Для легкого течения АР характерны нормальный сон, отсутствие изменений в повседневной деятельности, занятиях спортом, отсутствие влияния симптомов АР на работу и учебу в школе. При этом симптомы АР наблюдаются менее 4 дней в неделю или менее 4 недель в год (интермиттирующий АР). При среднетяжелом и тяжелом течении усилены все вышеперечисленные позиции, что делает затруднительной или невозможной нормальную жизнь пациента. Симптомы заболевания присутствуют более 4 дней в неделю или более 4 недель в году (персистирующий АР). В соответствии с тяжестью заболевания и формой его течения выстраивается лечебная тактика у детей с АР.

Неадекватная диагностика ведет к неадекватной терапии. У многих детей формируются медикаментозные риниты в ответ на частое использование сосудосуживающих капель, развиваются дисбиотические явления в области ВДП, ЖКТ после многократных курсов антибиотикотерапии, формируется медикаментозная аллергия.

леваниях, как неаллергический ринит с синдромом эозинофилии, при глистной инвазии уровень эозинофилов может быть повышен.

Однако при хроническом риносинусите у больных с АР в период обострения последнего может нарастать и уровень нейтрофилов. Наиболее фармакоэкономически оправданными являются кожные пробы как менее затратные и высоко достоверные. Постановка этих диагностических реакций методом скарификации или укола (прик-тест), безусловно, прерогатива только врача-аллерголога [5, 15]. Интерпретировать же результаты исследований должны уметь все специалисты, принимающие участие в лечении пациента с АР (педиатр, оториноларинголог).

Развернутый иммунологический анализ с определением уровня общего и аллерген-специфических IgE используется врачом-аллер-



В лечении АР применяется методика ступенчатого подхода:

- 1) устранение контакта с аллергеном;
- 2) аллерген-специфическая терапия;
- 3) фармакотерапия;
- 4) обучение пациента.

Устранение контакта с причинно-значимыми аллергенами является залогом успеха медикаментозной терапии, определяет во многом ее длительность, фармакологическую нагрузку на пациента.

Элиминационные мероприятия направлены на удаление аллергенов из окружающей среды и со слизистой оболочки полости носа. Если в первом случае требуется проведение серьезных санитарно-гигиенических мероприятий в доме, где проживает ребенок, и не всегда они могут быть проведены в полной мере (устранение домашней и библиотечной пыли, постоянно проживающих домашних животных), то направленная элиминационно-ирригационная терапия полости носа может быть выполнена у каждого ребенка. При этом можно использовать изотонические или слабо гипотонические растворы орошающих полость носа препаратов (натрия хлорид, раствор морской соли). Разнообразные формы выпуска и сила направляемой струи позволяют использовать препараты у детей разных возрастов: у грудных – капельные (Аква Марис капли) или так называемые бэби-формы (Аква ЛОР бэби), у старших детей – спрей с орошающим эффектом (софт-эффект) или нормальной силой струи.

Промывание полости носа у детей с АР должно стать их повседневным гигиеническим навыком. Оно необходимо после утреннего сна, после посещения детского коллектива, перед сном. Дополнительно следует промывать нос во время уборки помещения в доме, после контактов с животными, после прогулки на улице в период поллинииции и т.д. Как показали наши многолетние исследования, применение ирригационно-элиминационной

терапии снижает фармакологическую нагрузку в период поллинииции, нивелирует возможные нежелательные топические эффекты интраназальных кортикостероидов (атрофия, корки, сухость, кровотечения), а также уменьшает длительность их применения в период поллинииции [10].

Аллерген-специфическая иммунотерапия (АСИТ) применяется для лечения респираторной аллергии. Она обладает высокими лечебными свойствами. Современные способы АСИТ (подкожный, сублингвальный, интраназальный) показали свою высокую эффективность у взрослых и детей, вошли в рекомендательные документы (ARIA, 2008). Разумное сочетание АСИТ с фармакотерапией дает наилучшие результаты, предупреждает прогрессирование АР, изменяет характер течения заболевания, снижает фармакологическую нагрузку в период поллинииции или обострения круглогодичных ринитов. У детей рано начатая и систематизированная АСИТ позволяет добиться ремиссии на многие годы [11].

Среди препаратов **медикаментозной терапии** АР выделяют следующие группы:

- 1) оральные антигистаминные препараты (АГ);
- 2) интраназальные антигистаминные препараты (ИАГ);
- 3) интраназальные кортикостероиды (ИКС);
- 4) интраназальные кромогликаты (ИКГ);
- 5) антилейкотриеновые препараты (АЛТ);
- 6) топические деконгестанты (ТД).

Антигистаминные препараты первого поколения не рекомендуются детям в связи с седативным эффектом, влияющим на когнитивную (познавательную) функцию, а также другими нежелательными эффектами (кокаиноподобный, хинолиноподобный, прибавка в весе, влияние на выделительные функции, зрение), кроме того, их действие кратковременно, что требует частого приема препаратов, к ним быстро развивается привыкание (тахифилаксия) [12]. К со-

жалению, чаще врачи применяют антигистаминные препараты первого поколения, и лишь половина пациентов (по данным ФГОУ «Институт иммунологии Федерально-

Промывание полости носа у детей с АР должно стать их повседневным гигиеническим навыком. Оно необходимо после утреннего сна, после посещения детского коллектива, перед сном. Дополнительно следует промывать нос во время уборки помещения в доме, после контактов с животными, после прогулки на улице в период поллинииции и т.д.

го медико-биологического агентства РФ») лечится современными антигистаминными препаратами второго поколения [7].

Важное место антигистаминных препаратов второго поколения в педиатрической практике обусловлено рядом их преимуществ. В первую очередь это отсутствие (дезлоратадин, фексофенадин, лоратадин, эбастин) или незначительно выраженный (цетиризин и левоцетиризин) седативный эффект. Незначительное прохождение через гематоэнцефалический барьер при применении препаратов в терапевтических дозах позволяет сохранить в полном объеме познавательную деятельность ребенка. Это особенно важно в весеннее время, когда поллинииция совпадает с экзаменационным периодом в школах, поступлением детей в средние и высшие учебные заведения, именно в это время дозы антигистаминных препаратов наиболее высоки. В то же время частота приема антигистаминных препаратов второго поколения 1 раз в сутки обеспечивает им высокий комплаенс. Сниженные антихолинергический и антисеротониновый эффекты, отсутствие влияния на вес важны для подростков, особенно для девочек.



Топические кортикостероидные препараты наиболее эффективно контролируют все клинические проявления аллергического ринита.

Возможность применения топических кортикостероидов уже с двухлетнего возраста при их низкой биодоступности (менее 0,1% у мометазона фууроата) делает их широко применимыми в детской практике на разных ступенях лечения АР.

Преимуществом антигистаминных препаратов (АГ) второго поколения является возможность их совмещения с часто используемыми в педиатрии группами препаратов – противогрибковыми, макролидами, поскольку эти АГ не метаболизируются печенью (дезлоратадин, фексофенадин, левоцетиризин) и возможно их применение при гепатитах. Немаловажно снижение у препаратов последней генерации аддитивного эффекта с алкоголем (дезлоратадин, фексофенадин), поскольку социальное поведение подростков, принимающих по поводу АР антигистаминные

препараты, контролировать трудно. У ряда антигистаминных препаратов второго поколения (эбастин) есть способность изменять внутрисердечную проводимость. Этот эффект может быть усилен одномоментным приемом макролидов и кетоконазола. Поэтому особенно у подростков, имеющих преходящую склонность к таким нарушениям сердечного ритма, их назначают с осторожностью.

Местные антигистаминные препараты (азеластин) удачно сочетают одновременно ряд эффектов, таких как противоотечный, противовоспалительный и антигистаминный, что позволяет их применять самостоятельно не только при легких формах АР, но и при вазомоторном и инфекционном ринитах. Достоинством азеластина является возможность длительного применения (до 6 месяцев). Топические антигистамины при легких формах АР могут применяться как монотерапия.

В некоторых работах указывается на выявление противовирусных свойств второго поколения (левоцетиризин), что, несомненно, может быть полезным при возникновении ОРВИ, острого риносинусита у детей с АР, тем более что прием АГ у таких пациентов желателен и внесен в международные рекомендации по ле-

чению риносинусита. Заслуживает внимания в лечении АР у детей группа интраназальных кромонов, являющихся стабилизаторами мембран тучных клеток. Особенно ценно данное свойство в плане профилактики, так как заблаговременное использование препарата предотвращает раннюю и латентную фазы АР в период поллинииции. Недостатком их является необходимость длительного (до 3 месяцев) применения и ежедневные частые приемы (3–6 раз в день). Тем не менее у маленьких пациентов они могут быть альтернативой, например, при непереносимости других видов терапии.

При анализе данных эпидемиологического исследования пациентов с АР в Пензенской области было показано, что 94% пациентов беспокоили симптомы ринита, а 21,8% детей они беспокоили в значительной степени [4]. Такие формы заболевания, безусловно, требуют применения топических кортикостероидных препаратов, поскольку именно они наиболее эффективно контролируют все клинические проявления аллергического ринита. Возможность применения топических кортикостероидов уже с двухлетнего возраста (мометазона фууроат, флутиказона фууроат), расширение спектра кортикостероидов, назначаемых с четырехлетнего возраста, за счет флутиказона пропионата, при низкой биодоступности топических кортикостероидов (от 0,1% у мометазона фууроата до 8,0% у некоторых других ИКС), делает их широко применимыми в детской практике на разных ступенях лечения АР.

Вышеуказанные препараты при длительном применении не влияют на рост и развитие костной и соединительной ткани, на систему «гипоталамус – надпочечники», что особенно важно, так как именно у детей требуются продленные курсы кортикостероидных топических препаратов (до 3–4 месяцев и более), поскольку необходимо воздействовать не только на слизистую оболочку полости

Назонекс® у детей с гипертрофией глоточной миндалины – уменьшение ее размеров [13]

Выраженное уменьшение аденоидных вегетаций через 40 дней терапии



До лечения
Закрыто 90% носоглотки



После лечения
Глоточная миндалина закрывает 50% левой хоаны

Группа активного лечения
n = 30

77,7% «респондеров»
(21 из 27)

Размер глоточной миндалины:
с 88% до 64%

Группа плацебо n = 30
0% «респондеров»

Рис. 1. Состояние аденоидных вегетаций до и после лечения

Назонекс®

(мометазона фуоат)

назальный спрей на водной основе

эксперт в устранении
заложенности носа



- при сезонном аллергическом рините
- при круглогодичном аллергическом рините
- при обострении синуситов*
- при полипозе носа

- ✓ Назонекс® быстро* и эффективно уменьшает заложенность носа¹
- ✓ Назонекс® достоверно уменьшает симптомы аллергического конъюнктивита²
- ✓ Назонекс® эффективно предупреждает развитие симптомов САР³
- ✓ Назонекс® эффективно уменьшает размер и предупреждает рецидивы полипов^{3,4}
- ✓ Назонекс® обладает наилучшим профилем местной и системной безопасности:
 - Самая низкая системная биодоступность ($\leq 0,1\%$) в группе назальных стероидов⁸
 - Не вызывает атрофию слизистой оболочки носа⁵
- ✓ Назонекс® — интраназальный кортикостероид, разрешенный к применению у детей с 2-х лет⁸
- ✓ Назонекс® прост и удобен в применении^{6,7}:
 - 98% пациентов считают Назонекс® простым и удобным в применении.

*Острый рецидивирующий синусит, как в комбинации с антибиотиками, так и в монотерапии

SP-PR-NAS-14-06-10

Реклама

Краткая инструкция по медицинскому применению Назонекс® (Nasonex®)

НАЗОНЕКС® — мометазон (mometasone), спрей назальный дозированный.

Фармакологическое действие: Мометазон — синтетический глюкокортикостероид (ГКС) для интраназального введения с противовоспалительным и противоаллергическим действием в дозах, при которых не возникает системных эффектов, имеет пренебрежимо малую биодоступность ($\leq 0,1\%$). **Показания к применению:** Сезонный и круглогодичный аллергические риниты у взрослых, подростков и детей с 2-летнего возраста. Острый синусит или обострение хронического синусита у взрослых (в том числе пожилого возраста) и подростков с 12 лет — в качестве вспомогательного терапевтического средства при лечении антибиотиками. Профилактическое лечение сезонного аллергического ринита среднетяжелого и тяжелого течения у взрослых и подростков с 12 лет (рекомендуется за две-четыре недели до предполагаемого начала сезона пыления). Полипоз носа, с нарушением носового дыхания и обоняния, у взрослых (от 18 лет). **Противопоказания:** Гиперчувствительность к какому-либо из веществ, входящих в состав препарата. Присутствие нелеченной местной инфекции с вовлечением в процесс слизистой оболочки носовой полости. Недавнее оперативное вмешательство или травма носа с повреждением слизистой оболочки носовой полости — до заживления раны (в связи с ингибирующим действием ГКС на процессы заживления). Детский возраст (при сезонном и круглогодичном аллергическом ринитах — до 2 лет, при остром синусите или обострении хронического синусита — до 12 лет, при полипозе — до 18 лет) — в связи с отсутствием соответствующих данных. **С осторожностью** при туберкулезной инфекции (активной или латентной) респираторного тракта, нелеченной грибковой, бактериальной, системной вирусной инфекции или инфекции, вызванной *Herpes simplex* с поражением глаз (в виде исключения возможно назначение препарата при перечисленных инфекциях по указанию врача). **Применение во время беременности и лактации:** НАЗОНЕКС® следует назначать беременным или кормящим грудью только в случае, если ожидаемая польза от назначения препарата оправдывает потенциальный риск для плода или младенца. **Способ применения:** Лечение сезонного или круглогодичного аллергического ринита. Взрослые и подростки с 12 лет: профилактическая и терапевтическая доза — 2 ингаляции (50 мкг каждая) в каждую ноздрю 1 раз в день (200 мкг/сутки). По достижении эффекта возможно уменьшение дозы до 100 мкг в сутки. При недостаточной эффективности доза может быть увеличена до 400 мкг/сутки. После уменьшения симптомов — снижение дозы. Дети 2–11 лет: рекомендуемая суточная доза — 100 мкг. **Вспомогательное лечение острого синусита или обострения хронического синусита.** Взрослые и подростки с 12 лет: рекомендуемая суточная доза — 400 мкг. При необходимости — до 800 мкг. После уменьшения симптомов заболевания рекомендуется снижение дозы. **Лечение полипоза носа.** Взрослые от 18 лет: рекомендуемая терапевтическая доза 400 мкг в сутки. После уменьшения симптомов — снижение — до 200 мкг в сутки. **Побочное действие:** головная боль, носовые кровотечения, фарингит, жжение в носу, раздражение слизистой оболочки носа, изъязвление слизистой оболочки носа. Редко — реакции повышенной чувствительности немедленного типа (бронхоспазм, одышка), очень редко — анафилаксия, ангионевротический отек, нарушения вкуса и обоняния. Очень редко при интраназальном применении ГКС отмечались случаи перфорации носовой перегородки и повышения внутриглазного давления. **Взаимодействие с другими препаратами.** Не было отмечено.

Список литературы

1. Berkowitz RB, Roberson S, Zora J, et al. Mometasone furoate nasal spray is rapidly effective in the treatment of seasonal allergic rhinitis in an outdoor (park), acute exposure setting. *Allergy Asthma Proc* 1999;20:167-172. 2. Schenkel E, LaForce C, Gates D: Mometasone furoate nasal spray is effective in relieving the ocular symptoms associated with seasonal allergic rhinitis. *Allergy Clin Immunol Int* 2007;19:50-53. 3. Small at all. Efficacy and safety of mometasone furoate nasal spray in nasal polyposis. *J Allergy Clin Immunol*. 2005; vol 116(6): 1275-81. 4. Stjärne P, Olsson P. Efficacy of Mometasone Furoate Nasal Spray in the Postsurgical Treatment of Nasal Polyposis. *EAAI*, 2008. 5. Minshall E, Ghaffar O, Cameron L, et al. Assessment by nasal biopsy of long-term use of mometasone furoate aqueous nasal spray (Nasonex) in the treatment of perennial rhinitis. *Otolaryngol Head Neck Surg*. 1998;118(5):648-654. 6. Nasonex Claims Evaluation. *Synovate Market Research*, 2006. 7. www.arthritis.org. 8. Инструкция по медицинскому применению препарата Назонекс®. Регистрационный номер — ПН014474/01



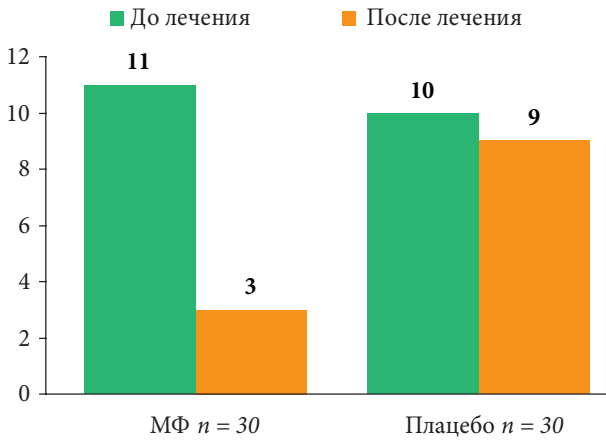
ООО «МСД Фармасьютикалс»

Россия, 119049, Москва, ул. Шаболовка, д. 10, корп. 2
Тел.: (495) 916-71-00. Факс: (495) 916-70-94



Назонекс® уменьшал симптомы, сопровождающие ГГМ [13]

Улучшение общего балла симптомов через 40 дней терапии



Балл симптомов включал назальную обструкцию, ринорею, кашель, храп, обструктивные апноэ во сне.
0 = нет, 1 = редко, 2 = часто, 3 = днем и ночью.

Рис. 2. Состояние симптомов, сопровождающих ГГМ

носа, но и на участвующую в аллергическом воспалении ткань аденоидных вегетаций.

По данным исследования Verlucchi и соавт., применение мометазона фууроата (Назонекс®) у детей с выраженной обструкцией хоан, сопровождавшей аденоидит, приводило к уменьшению симптомов (затруднение носового дыхания, ринорея, храп, апноэ во сне), а также сопровождалось уменьшением размеров самой глоточной миндалины [13] (рис. 1 и 2).

Таким образом, Назонекс® при воспалительных процессах в глоточной миндалине уменьшает размеры самих аденоидных вегетаций, уменьшает симптомы назальной обструкции, уменьшает частоту апноэ во сне и храп, а также способствует разрешению симптомов сопутствующего секретного среднего отита. Применение Назонекс® позволяет избежать операции аденэктомии у значительного числа пациентов.

Возможность длительного применения кортикостероидов обусловлена появлением препаратов с низкой биодоступностью (мометазона фууроат) и со сниженной разовой дозой (флутиказона фууроат) [14]. Относительно бы-

строе начало действия топических кортикостероидов (мометазона фууроат в первые 5 часов) снижают в 1,5–2 раза потребность в длительном применении топических деконгестантов, обеспечивающих кортикостероидам в начале лечения «свободную дорогу» в полость носа. Наличие высокой вязкости у мометазона фууроата (Назонекс®) позволяет препарату длительно фиксироваться на слизистой оболочке полости носа, а входящий в его состав увлажнитель (глицерин) предупреждает сухость слизистой полости носа и способствует минимизации частоты местных побочных эффектов.

Высокая эффективность топических кортикостероидов (мометазона фууроат, флутиказона пропионат, флутиказона фууроат) обеспечивает значимый клинический эффект. Средство мометазона фууроата к глюкокортикоидным рецепторам, способность подавлять продукцию провоспалительных цитокинов, метаболитов арахидоновой кислоты расширяет спектр применения его для лечения круглогодичных АР, поллиноза, для профилактики сезонного аллергического ринита (с 12 лет), лечения инфекционных риносинуситов, в том числе в качестве монотерапии неосложненных острых риносинуситов (с 12 лет).

Достоинством топических глюкокортикоидов (ГКС) с низкой биодоступностью (мометазон, флутиказон) является отсутствие значительного влияния на слизистую оболочку полости носа, ее структурную перестройку, что повышает их безопасность у детей. Относительно низкая стоимость безопасных топических ГКС расширяет доступность этих препаратов в семьях с различным уровнем бюджета, тем более что на российском рынке доступны и генерические препараты [15].

Относительно новая группа лекарственных препаратов, предлагаемых к использованию у детей в международном документе ARIA

2008, – это антилейкотриеновые препараты (например, монтелукаст натрия). Они могут применяться на всех ступенях терапии АР либо в качестве монотерапии при легких формах ринита, либо в сочетаниях с любыми другими классами препаратов. Большим преимуществом является их эффективность у пациентов с бронхиальной астмой и АР в случаях, когда АР не поддается действию системных антигистаминных препаратов.

Составляя план лечения АР, врач должен четко оценить степень выраженности клинических проявлений, определить форму течения заболевания (интермиттирующее или персистирующее) [16], учесть наличие сопутствующих заболеваний верхних дыхательных путей у детей (аденоидит, экссудативный отит, синусит), присутствие поражения нижних дыхательных путей (бронхиальная астма, инфекционные трахеобронхиты), наличие других проявлений аллергического воспаления (дерматит, крапивница). Во многом на выбор противоаллергических препаратов у детей влияют возрастные ограничения (топические ГКС с 2 лет, ряд АГ препаратов – с 2–6 лет, топические антигистаминные препараты – с 6 лет, антилейкотриеновые препараты – с 2 лет).

Наличие у детей с АР хронического бактериального воспаления (внутриклеточные инфекции) слизистых оболочек респираторного тракта, дисбиотических проявлений в виде оральных, системных кандидозов также должно быть учтено при выборе системных антигистаминных препаратов.

Ребенка отличает от взрослого то, что в относительно короткий жизненный период происходит интенсивное умственное и физическое развитие, поэтому средства, используемые для лечения АР, не должны тормозить социальное становление детей, а терапия должна быть адекватной, чтобы обеспечить ребенку высокое качество жизни. ☺