

## АЛЕРГІЧНИЙ РИНИТ

Загородній М.П., Богданова Г.В.\* , Люлько Н.В.\*

Кафедра педіатрії з курсом медгенетики медінституту СумДУ, СОДКЛІ\*

**Алергічний риніт** - це захворювання, яке відомо практично кожній людині. Захворювання зустрічається часто як у дорослих, так і у дітей. Поширеність алергічного риніту (АР) протягом останнього десятиліття зростає в 2-3 рази, що пов'язано з погіршенням екологічної ситуації в країні. В різних країнах частота АР коливається в значній мірі і залежить від віку пацієнтів. У дітей частота АР в залежності від місця мешкання коливається від 1.3 до 52% і вище, ніж серед дорослого населення -1.5-29% (Пухлик Б.М., 2001). В Україні при масовому обстеженні мешканців Вінницької області в 1992 встановлена частота захворювання 1.01% серед всіх обстежених. На думку більшості учених поширеність алергічного риніту серед населення в 6-10 разів вища, ніж та, що реєструється офіційно. АР частіше зустрічається у міських мешканців (Лопатін А.С. та співавт.).

АР - захворювання, викликане алергічним запальним процесом в результаті попадання алергену на слизову оболонку носа (сенсibiliзовану) і проявляється основними симптомами:

виділеннями із носа, затрудненням носового дихання, чиханням, зудом в носі, які носять зворотний характер і можуть мати зворотній розвиток після припинення експозиції алергена (алергенів) чи під впливом лікування. Важливість даної проблеми зумовлена ще і тим, що АР тісно зв'язаний з такими розповсюдженими захворюваннями, як гострий та хронічний риносинусит і є одним із факторів розвитку бронхіальної астми.

Це захворювання не веде до смерті або важкої інвалідності, але досить неприємне, щоб вплинути на життя, покласти кар'єру, сімейне благополуччя. В зв'язку з широкою розповсюдженістю алергічних захворювань серед дітей, а серед них алергічного риніту, незначна кількість алергологів не в змозі проконсультувати всіх хворих, а тим більше, забезпечити адекватне лікування. Враховуючи реформування системи охорони здоров'я та розвиток сімейної медицини надзвичайно важливим є знання широкого загалу лікарів особливостей клінічного перебігу алергічного риніту, основних питань діагностики, профілактики та лікування. Тим більше, що основна маса хворих алергічними ринітами звертається за допомогою до дільничних педіатрів, терапевтів, сімейних лікарів, отоларингологів, офтальмологів, пульмонологів.

Сьогоднішній розвиток алергології поки не дає змоги вилікувати алергічні захворювання, але ми з кожним роком все більше розуміємося в питаннях етіопатогенезу алергії, удосконалюємо діагностику захворювання, формуються нові підходи до лікування, особливо в фармакотерапії. Ми прекрасно розуміємо, що дана інформація не замінить об'ємних

монографій по алергологічному риніту, але в зжатій формі ознайомить з основними особливостями АР.

АР досить часто практичні лікарі ототожнюють з вазомоторним ринітом. Проте необхідно пам'ятати, що вазомоторний риніт (Дайняк Л. Б., 1996) складається з алергічної та вазомоторної форми. Алергічний риніт виділено в окрему форму Загальноєвропейським консенсусом по ринітах (1994), він же введений в "Міжнародну Статистичну Класифікацію хвороб та інших проблем, пов'язаних зі станом здоров'я" десятого перегляду:

### **Н30 Вазомоторний і алергічний риніт**

#### **Н30.1 Алергічний риніт, що визваний пильцюю рослин**

#### **Н30.2 Інші сезонні алергічна риніти,**

#### **Н30.3 Інші алергічні риніти,**

#### **Н30.4 Алергічний риніт неуточнений,**

#### **Н31.0 Хронічний риніт**

В консенсусі вперше дано визначення риніту як запалення слизової оболонки порожнини носа, що супроводжується наступними симптомами (один і більше): заложеність носа, рінорея, чихання, зуд.

Алергічний риніт - це хронічне запальне захворювання носа та його придаточних пазух, в основі якого лежить гіперчутливі реакції на екзоалергени.

Хоча АР і не описаний в античній літературі, він відомий досить давно.

Темпи розвитку алергічних захворювань лякають і змушують нас активно вивчати дану проблему і шукати шляхи до зміни цього процесу.

На ризик виникнення АР мають фактори навколишнього середовища, що впливають на агенти алергену, спосіб життя (мікроклімат житла, пасивне куріння, домашні тварини), вплив імунологічних та інфекційних агентів (інфекційні хвороби, щеплення, поліпрагмазія), соціально-економічні фактори.

В пренатальному періоді потенційними факторами ризику є вплив на імунну систему вагітної матері та її куріння. Відмічено, що підвищення рівня IgE в пуповинній крові пов'язано зі вживанням вагітною алкоголю та кофеїну. Пізніше значну роль відіграє вигодовування дитини, пасивне куріння, рання експозиція алергенів та забруднювачів. Важливим моментом є низька маса при народженні. Відмічено, що частіше захворювання розвивається у хлопчиків, виявлено більший ризик розвитку АР також у осіб з II групою крові та позитивним резус-фактром. Ризик захворювання складає близько 60%, якщо алергічними захворювання страждає мати і 10%, якщо ними страждає батько. У випадку, коли алергічні захворювання мають обидва батьки, то вірогідність розвитку АР зростає до 90%.

**Клінічна картина АР:** крім чотирьох основних симптомів (свербіж у носі, приступне чихання, виділення з носа (ринорея) та заложеність носа нерідко характеризується головним болем, зниженням нюху, приєднанням кон'юнктивіту.

Хворий має характерний вигляд: привідкритий рот, темні кола під очима (виникають в результаті стазу періорбітальних вен внаслідок постійного порушення носового дихання), а також наявність поперечної складки на спинці носа, внаслідок частого потирання кінчика носа.

При передній риноскопії відмічається значна кількість білого, інколи пінистого секрету в носових ходах, різкий набряк носових раковин з ін'єкцією судин, а також сірий або ціанотичний колір і наявність характерної слизової оболонки (симптом Воячека).

Важливим моментом діагностики АР є визначення причинного алергену методом проведення проб (прик-тест) з алергенами. Проте необхідно пам'ятати, що слабопозитивні та сумнівні проби не завжди вказують на причинний алерген. Провокаційні проби з алергенами дітям, як правило, не проводяться,

## **ОБСТЕЖЕННЯ ХВОРИХ З ПІДОЗРОЮ НА АР**

### 1. Лабораторне

- клінічний аналіз крові (при наявності зрушень від норми повторяємо 1 раз в 10 днів),
- реакція Вассермана (RW), ВІЛ,
- цитологічне дослідження мазків із порожнини носа

### 2. Додаткові лабораторні обстеження

- бакпосів виділень з носа на інфекційну флору,
- біохімічні обстеження крові (білірубін, АЛТ, АСТ, сечовина, глюкоза крові),
- цитологічні дослідження біоптату.

### 3. Обов'язкові інструментальні обстеження

- рентгенографія придаточних пазух носа.

### 4. Додаткові інструментальні обстеження

- ЕКГ,
- обстеження нюху з допомогою методу полосок.

### 5. Обов'язкове алергологічне обстеження:

- скарифікаційні чи прік проби з алергенами.

### 6. Додаткові алергологічні та імунологічні обстеження

- проведення провокаційних назальних тестів,
- визначення загального сироваткового IgE,
- визначення специфічних IgE,
- визначення IgA, IgM, IgG,
- визначення підкласів IgG.

## 7. Обов'язкові консультації спеціалістів

-алерголога-імунолога,

-отоларинголога.

### Лікування алергічного риніту

1. Рекомендації по дотриманню гіпоалергенної, елімінаційної дієти, а також проведення елімінаційних заходів (усунення контакту з домашнім пилом, епідермальними алергенами, медикаментозними та харчовими алергенами).
2. Специфічна імунотерапія (СІТ) проводиться в умовах спеціалізованого стаціонару протягом 10-14 днів при подальшому лікуванні в амбулаторних умовах, коли екстракти алергенів вводяться з інтервалом 1-2 міс. Відмічено уповільнення розвитку полівалентної алергії у дітей, що одержували СІТ на ранніх стадіях захворювання (Гушчін І.С. і співавт.).
3. Антигістамінні препарати першого покоління: супрастин (хлоропірамін), тавегіл (клемастин), діазолін (мебгідролін), фенкарол (хіфенадин) - 10 денними курсами у віковій дозі 2-3 рази в день.
4. Антигістамінні системні препарати зі стабілізуючою дією на мембрани тучних клітин: задітен (кетотифен) у віковій дозі тривалим курсом, до 3 місяців.
5. Антигістамінні препарати другого /лоратидін (klaritin), цетиризин (зіртек), ебастин (кестин)/ та третього покоління /фексофенадин (телфаст)/ в віковій дозі 1 раз на добу протягом 10-28 днів.
6. Препарати кромогліцевої кислоти (при сезонному АР, круглорічному АР): ломузол, кромогексал, кромоглін та інші по 1-2 дози 2-3 рази на добу тривалими курсами до 3 - 6 міс.
7. Препарати вибору- антигістамінні препарати топічні: левокабестин (гістімет), азеластин (алергоділ) по 1-2 дозі 2 рази на добу.
8. При неефективності чи недостатній ефективності перерахованих вище препаратів рекомендуються топічно глюкокортикоїди: флутиказон (фліксоназе), беклометазон (беконазе), мометазон (назонекс). Дозу підбирають індивідуально.
9. Вказується на ефективність в комплексному лікуванні АР лазеротерапії (опромінення точок 30 сек. потужність 10 мВт.

Лазеротерапія проводиться на каналах GI, E, IG, TR, та на відділених точках каналів GI, TR, J, P, F, IG, T.

Згідно Міжнародного консенсусу рекомендується використання ступінчатої терапії АР (при легкому ступені гормони не використовуються), при середньому ступені - глюкокортикоїди ендоназально до покращення стану, а при важкому ступені - глюкокортикоїди ендоназально щоденно, в кризових ситуаціях системні стероїди.

Неефективність чи недостатня ефективність лікування АР може бути зумовлена наявністю деформації перегородки носа, аномалією будови решотчатого лабіринту,

латентним запальним процесом чи кистою біляносових пазух, незворотною гіпертрофією носових раковин, особливо задніх, які не діагностуються при звичайній передній риноскопії.

Призначення альтернативних методів лікування (гомеопатія, біоенергетика, фітотерапія, використання імуномодуляторів та інш. не повинно використовуватися в лікування АР, бо як правило не зупиняє розвиток захворювання та негативно впливає на стан здоров'я дітей, веде до втрати часу, коли процес полісенсibiliзації можна ще зупинити.

#### Література

1. Майданник В.Г. Педиатрия //Харьков, Волио.-2002.-1126с.
2. Шабалов Н.П. Педиатрия. // Харьков-Киев-Минск, 2 томник, 2006.
3. Змушко Е.И., Белозеров Е.Ц., Митин Ю.А. Клиническая иммунология. // Харьков –Минск.-2001.-575с.