

РЕСПИРАТОРНЫЕ АЛЛЕРГОЗЫ У ДЕТЕЙ

Загородний Н.П., Лобода А.Н., Литвиненко Г.И., Романовская Ю.Н.

Кафедра педиатрии с курсом медгенетики мединститута СумГУ

РА - собирательное понятие и объединяет поражения носа и придаточных пазух, гортани, трахеи, бронхов и легких. В основе поражения лежат аллергические иммунологические механизмы. Реализация иммунологического конфликта и ее характер зависит от аллергенного воздействия и иммунного ответа организма, определяемого генетическими факторами, гормональным влиянием.

К аллергенам относятся все вещества, которые несут признаки чужеродной информации и при введении в организм вызывают развитие специфических иммунных реакций. Вещества могут быть полными или не полными антигенами (гаптенами) и могут быть инфекционной или неинфекционной природы.

При респираторных аллергиях основным путем попадания аллергенов в организм является ингаляционный.

Наибольшее практическое значение среди ингаляционных аллергенов неинфекционной природы при РА имеет аллерген домашней пыли. Аллергенные свойства домашней пыли, в основном, зависят от микроскопических клещей рода *Dermatophagoides*. Кроме того, часто вызывают респираторные аллергии и пыльцевые аллергены (пыльца тимофеевки, ежа, мятлик, райграс - летом, а лебеда - летом и осенью. Этиологическим фактором может быть и перхоть животных. Кроме того аллергенами могут быть различные микробы, грибки.

Выделяют 4 типа аллергических реакций:

1-й тип анафилактический (соответствует аллергической реакции немедленного типа по классификации А.Д.Адо (1970). При этом происходит сенсibilизация тканевых клеток (в основном тучных) и соединения Аг с Ат ведет к выделению биологически активных веществ. При этом происходит разрушение тучных клеток, а вещества ведут к расширению сосудов, отеку, инфильтрации, спазму гладкой мускулатуры бронхов.

2-й тип - цитотоксический, также является гуморальной реакцией немедленного типа с участием IgE (трансфузионная реакция на переливание крови). Этот тип реакции не играет существенной роли в поражении респираторной системы.

3-й тип - цитотоксический- типа феномена Артюса, это хотя и гуморального типа реакция, но полужамедленного типа (участие IgG). При этой реакции активизируется комплементная система (5, 6, 7 факторы).

4-й тип - замедленная клеточная реакция. Гуморальные антитела не принимают участия. Характерно медленное развитие и постепенное обратное развитие.

Чаще всего в наличии сочетание различных реакций. Поэтому возможно говорить лишь о преобладании того или иного типа реакции в РА.

Характеристика медиаторов АР в зависимости от воздействия:

гистамин - спазм бронхов, экссудация, расширение сосудов, усиление проницаемости, активация пептидов. Либераторы: токсины, яды, морфин, протеазы, комплекс Аг-Ат. Антагонисты: адреналин, анестетики, жаропонижающие, гепарин.

Серотонин: спазм сосудов, бронхов, психофармакологическое действие. Либераторы: протеазы. Антагонисты: гепарин.

Медленно реагирующая субстанция (SRS-A) - бронхоспазм. Либераторы: протеазы. Антагонисты: салицилаты.

Брадикинин: экссудация, отек, бронхоспазм, активация дыхания, расширение капилляров мозга, сердца, снижение АД. Либераторы: ацетилхолин. Антагонисты: салицилаты, индометацил, контрикал.

Каллидин 10 - подобно брадикинину, усиление секреции антидиуретического гормона.

Эозинофильный фактор - селективный хемотаксис эозинофилов.

Диагностика РА у детей представляет большие трудности. Исключительно важное значение анамнестических данных. По данным Адо у детей с бронхиальной астмой в 49,2% имеются аллергические заболевания у членов семьи, а по данным Качанова - у 70%. Часто РА сопровождаются другими аллергическими поражениями (93%). Чаще всего атопический дерматит, крапивница. Важно обратить внимание на упорно-рецидивирующее течение заболевания. Рецидивы не просто ежемесячно, а даже несколько раз в месяц.

Важную роль в выявлении аллергической этиологии заболевания имеет эозинофилия периферической крови. Но надо помнить, что в период манифестации заболевания количество эозинофилов не превышает нормы или даже снижается. С ликвидацией симптоматики эозинофилия нарастает, сохраняясь в период ремиссии. Важная роль принадлежит рентгенографии, особенно при аллергических пневмониях, синуситах. Усиление легочного рисунка в прикорневых отделах легких при аллергических бронхитах рентгенологами часто трактуется как хроническая пневмония.

При РА в результате повышения чувствительности наблюдается положительная ингаляционная ацетилхолиновая проба, чего нет при других заболеваниях. Помогает в диагностике спирография. Важное значение имеет специфическая диагностика аллергенами (прик-тесты, скарификационные пробы). Наиболее доступна для практических врачей элиминационная проба. Ингаляционные провокационные тесты не нашли широкого применения в педиатрии.

Реакция Праустница-Кюстнера применяется редко из-за ограничений. Прямой и непрямой тест дегрануляции тучных клеток (тест Шелли) применяется у детей изредка.

Важное значение может иметь определение IgE, но он для уровня ЦРБ пока недоступен, также как и реакция бласттрансформации со специфическим аллергеном. Другие тесты (Уанье) имеют историческое значение.

Аллергический ринит - встречается у детей редко изолированно, часто в процесс вовлекаются пазухи, глотка, гортань, бронхи, евстахиевы трубы и среднее ухо. Нередко проблема в виде чихания, зуда в носу, бледности, покашливания. Ребенок трет нос. У некоторых детей сопровождается крапивницей, ларинготрахеитом, отеком Квинке. Часто повышается температура. Риниты иногда повторяются один за другим. После них - слабость, бледность и синяки под глазами.

Аллергический риносинусит - дети часто болеют ОРЗ, возникают полипозные изменения слизистых носа придаточных пазух. На фоне затрудненного через нос дыхания, выделения слизистые или слизисто-гнойные. Жалобы на головную боль, субфебрильную температуру. После удаления аденоидов - рецидивы. Но может протекать и латентно. ЛОРы обращают внимание на синюшность слизистых, их отечность. На рентгенограмме - полное или частичное пристеночное затемнение пазух носа. В слизи эозинофилия достигает 80%. Важное значение в диагностике имеет проведение проб с аллергенами.

Аденоидные разрастания в большинстве случаев аллергической этиологии. При этом только хирургическое лечение не дает ожидаемого эффекта.

Общепризнанной является инфекционно-аллергическая природа и **хронического тонзиллита**, что подтверждается пробами с аллергенами. Часто сочетаются с аллергическими фарингитами. Этиологическими факторами являются пищевые аллергены. Особенность - быстрое развитие после употребления аллергенов

Аллергический ларингит - развивается остро, отек ведет к асфиксии. Причиной является чаще пищевая аллергия. Протекает по типу ложного крупа. Лечение в стационаре.

Острые и хронические средние отиты имеют рецидивирующее течение. Часто температура повышается до 39 град., отмечается боль в ухе. Особенность - рецидивы до 12 раз в год.

Аллергические трахеиты и бронхиты чаще у детей в возрасте 3-6 лет. Аллергические трахеиты нередко предшествуют появлению БА. Отмечается потливость, повышенная саливация, узкие зрачки. Часто сопровождается синуситами. Кашель напоминает коклюшный.

Аллергические бронхиты имеют упорно повторяющийся характер, температура субфебрильная или нормальная. Кашель чаще в ночное время. Диагноз ставится редко. Помогает в диагностике эффект элиминации, специфическая диагностика.

Аллергическая пневмония развивается как самостоятельное заболевание или на фоне других аллергических заболеваний. Часто на фоне бронхиальной астмы (у 3% всех

больных БА). Локализация, как правило, в средней и правой нижней доле. В крови - эозинофилия, лимфоцитоз, СОЭ нормальная или повышенная. Температура нормальная. Характерно быстрое обратное развитие рентгенологических изменений.

Эозинофильный легочной инфильтрат - протекает бессимптомно. Обнаруживается случайно, чаще у больных бронхиальной астмой. Состояние при этом не отвечает рентгенологическим изменениям. В крови чаще эозинофилия.

Принципы лечения РА

- гипоаллергенная диета
- исключение контакта с аллергеном (элиминация)
- специфическая иммунотерапия (СИТ)
- гистаглобулинотерапия (гистоглобулин по схеме 3 раза в неделю от 0,1 до 1,0)
- антигистаминные препараты (1 поколения: клемастин, кетотифен (задитен, бронитен), 2 поколения: цетиризин, лоратадин, эбастин, эзаластин)
- бета- 2 агонисты короткого действия (сальбутамол, фенотерол)
- бета-2 агонисты длительного действия (сальметерол, формотерол)
- антилейкотриеновые препараты внутрь (монтелукаст, зафирлукаст)
- комбинации бета-2 агонистов и холинолитиков (беродуал, комбивент)
- метаксантины короткого действия (эуфиллин, аминофиллин)
- местно ингаляционные кортикостероиды: флунизолид, беклометазон, моментазол, беклометазон, будезонид, и др.
- местно гормоны (кромогликат, недокромил)
- симптоматическая терапия.

Литература