

УДК 616.211-002-053:615.218

КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ АЛЛЕРГИЧЕСКОГО РИНИТА У ДЕТЕЙ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ИММУНОМОДУЛИРУЮЩИХ ПРЕПАРАТОВ**^{1,2}Касохов Т.Б., ¹Павловская Л.В., ¹Цораева З.А., ¹Туриева С.В.,
¹Каряева С.К., ³Харебова Э.Р., ¹Мазур А.И., ¹Туаева Н.А.**¹ФГБОУ ВО «Северо-Осетинская государственная медицинская академия» МЗ РФ, Владикавказ;²Институт биомедицинских исследований – филиал федерального научного центра
«Владикавказский научный центр РАН», Владикавказ, e-mail: kasohov@mail.ru;³ГБУЗ «Республиканская детская клиническая больница» Министерства здравоохранения
Республики Северная Осетия – Алания, Владикавказ

Заболевания дыхательной системы у детей обладают широкой распространенностью и актуальностью в работе как педиатров, так и пульмонологов. Связано это, прежде всего, с тем, что экологическая ситуация ухудшается во всем мире и в РСО – Алания, в частности. Продолжается рост патологии респираторной системы у детей и приводит к увеличению риска возникновения респираторных аллергозов. Так определяется важность исследования механизмов и факторов появления этих заболеваний у детей. В прошлом некоторые успехи в улучшении эффективности терапии данной патологии были достигнуты, однако сейчас специалисты в области педиатрии, пульмонологии и оториноларингологии вновь вынуждены считать их недостаточными. Связано это в первую очередь с тем, что у факторов патогенности снижается уязвимость к традиционному лечению и, как следствие, появляется необходимость в усовершенствовании этиотропной и патогенетической терапии. Исследования, проводящиеся на протяжении последних лет, определили, что нарушение иммунной системы является результатом возникновения респираторных аллергозов.

Ключевые слова: аллергический ринит, аллергия, антигистаминные препараты**COMPREHENSIVE TREATMENT OF ALLERGIC RHINITIS IN CHILDREN WITH THE USE OF IMMUNOMODULATORY DRUGS****^{1,2}Kasokhov T.B., ¹Pavlovskaya L.V., ¹Tsoraeva Z.A., ¹Turieva S.V.,
¹Karyaeva S.K., ³Kharebova E.R., ¹Mazur A.I., ¹Tuaeva N.A.**¹North-Ossetian State Medical Academy, Vladikavkaz;²Institute of Biomedical Research – branch of the federal scientific center
«Vladikavkaz Scientific Center of the Russian Academy of Sciences», Vladikavkaz;³Republican Children's Clinical Hospital of the Ministry of Health of the Republic
of North Ossetia – Alania, Vladikavkaz

Diseases of the respiratory system in children have a high prevalence and relevance in the work as pediatricians, and pulmonologists. It's included with the environmental situation is deteriorating worldwide and in North Ossetia – Alania, in particular. Continued growth of pathology of the respiratory system in children and leads to increased risk of respiratory allergies. So, is determined by the importance of the study of the mechanisms and factors of occurrence of these diseases in children. In the past, some success in improving the effectiveness of therapy of this pathology have been achieved, but now experts in the field of Pediatrics, pneumology and otorhinolaryngology, once again, have considered them insufficient. It's included with the virulence factors reduced vulnerability to traditional treatment and as a result, there is a need to improve etiotropic and pathogenetic therapy. Research conducted over the past years, determined that the impaired immune system is a result of respiratory allergies.

Keywords: an allergic rhinitis, an allergy, antihistamine preparations

Широкое распространение респираторных аллергозов и аллергического ринита в частности обозначает большую актуальность и охватывает не только общую популяцию, но и конкретно аллергопатологию у детей. Причиной формирования тяжелого течения болезни является позднее диагностирование аллергического ринита, а также несвоевременность и неадекватность лечения. Это приводит к тому, что значительно снижается качество жизни пациентов детского возраста [1, 2].

Аллергический ринит – это воспалительное заболевание интермиттирующего

характера, которое вызывается причинно-значимыми аллергенами. Клинически проявляется в виде чихания, заложенности носа, ринореи, зуда, а также отеком слизистой оболочки и затруднением дыхания через нос. Существует сезонный аллергический ринит (Сезонный АР) и аллергический ринит круглогодичный (Круглогодичный АР). Сезонный АР возникает тогда, когда наиболее активно цветение растений, вегетация спор плесневых грибов, к которым сенсibilизирован больной. Круглогодичный АР возникает ввиду сенсibilизации к аллергенам домашней пыли, шерсти домаш-

них питомцев. Также большую роль играют предметы быта, такие как постельное бельё, подушки с перьевым наполнением, паласы. Клинические симптомы сохраняются в течение года. Существуют и формы аллергического ринита смешанного типа, где сенсibilизация имеет поливалентный характер [3]. Международная программа по аллергическому риниту подразделяет его на интермиттирующий, длительность которого составляет около четырех-пяти суток во время сезонного АР, и 28 дней при круглогодичном АР и персистирующий, где продолжительность обострений не менее четырех суток при сезонном АР и 28 дней при круглогодичном АР. Классификация аллергического ринита также предполагает легкую, средней тяжести и тяжелую формы течения данного заболевания. В последнее время современной фармакологией предлагаются большое количество лекарственных средств для лечения аллергического ринита, однако достижение ожидаемого результата остается трудным [2, 4, 5].

Материалы и методы исследования

Мы провели наблюдение 72 детей с аллергическим ринитом. Возрастная градация от 3 до 15 лет. Сезонный АР диагностировали у 45 детей, Круглогодичный АР – у 27 пациентов. У большинства детей (75%) начало заболевания было до 6 лет. Лица мужского и женского пола болели примерно одинаково в раннем возрасте, при этом мальчики-подростки болели намного чаще. В 10–12 лет отмечался пик заболеваемости. Обоснование диагноза происходило на основании клинических проявлений, жалоб. Он подтверждался параклиническими исследованиями, которые включали общий анализ крови, уровень общего IgE. Также выявлялся спектр аллергенов. Очень важное значение мы придавали заключению врача-оториноларинголога.

Для лечения использовался иммуномодулирующий препарат «Исмиген» в качестве иммунокорригирующей терапии. «Назонекс» применяли для оказания противовоспалительного действия. Для того, чтобы увлажнить и очистить слизистую оболочку носа, мы прибегли к использованию назальных капель «Сиалор аква». Из антигистаминных препаратов выбор был сделан в пользу «Зиртека».

Результаты исследования и их обсуждение

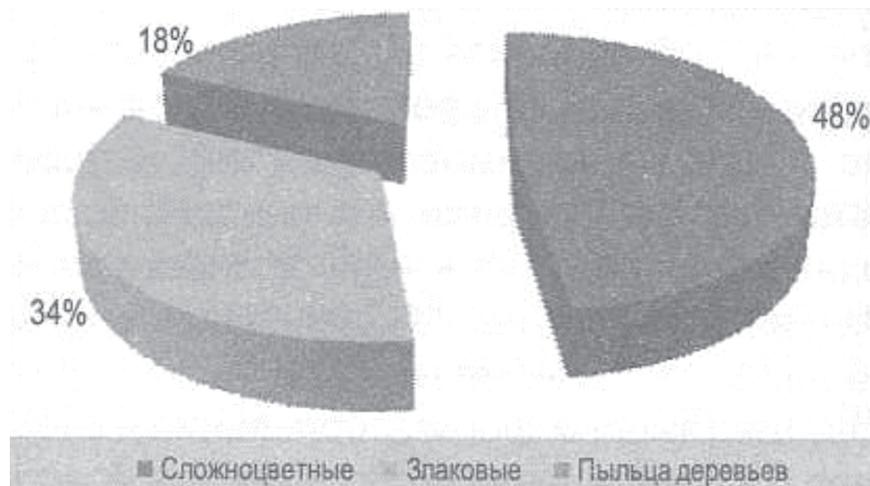
Аллергологический анамнез, который мы собрали, показал, что имеет место значительная отягощенность наследственными поллинозами, особенно вызванными амброзией. Высока роль бронхиальной астмы и заболеваний кожи, в частности дерматитов. При этом у 42% матерей в анамнезе было неблагоприятное течение беременности. Эти женщины принимали различные лекарственные вещества, такие как железосодержащие препараты и комплек-

сы витаминов и минералов. 17 матерей на определенных сроках беременности отмечали у себя такие симптомы, как заложенность носа и кожный зуд. Две трети обследованных получали искусственное вскармливание. 67% изучаемых больных имели отягощенный аллергоанамнез. В первый год жизни у них отмечался аллергический диатез. Также у них была пищевая и лекарственная аллергия. Ринит чаще характеризовался чиханием, зудом слизистой оболочки носа, заложенностью носа, снижением обоняния. Для определения тяжести заболевания мы использовали балльную оценку для выражения основных симптомов:

- ноль баллов – симптомы присутствуют, но не доставляют дискомфорт;
- один балл – симптомы отчетливые, доставляют небольшие неудобства;
- два балла – симптомы очень отчетливые, но не мешают пациенту и не влияют на его повседневную жизнь;
- три балла – ярко выраженные симптомы, которые сильно снижают эмоциональное состояние, двигательную активность, сон.

Клинические проявления заболевания оценивали так: легкие – 19 обследованных (в сумме баллов < 6), больше детей было со средней тяжестью течения – 46 обследованных, у семерых обследованных заболевание имело тяжелую форму. Также у больных отмечали образование поперечной складки на кончике носа. Персистенция большого количества микроорганизмов возникает на благоприятной почве из-за аллергически измененной слизистой носа. Со слизистой оболочки носа мы взяли мазки и обнаружили обширное увеличение роста стафилококковых, пневмококковых и кандид. В результате проведенных нами исследований, определили, что у большинства обследованных (87%) повышен уровень Ig E, при этом у 16 больных этот показатель был > 1000 МЕ/мл и доходил до 1780 МЕ/мл. Исследование спектра причинно-значимых аллергенов больных сезонным АР определил сенсibilизированность обследуемых к пыльцевым аллергенам (рисунок).

У 52% обследованных выявлена аллергическая реакция в момент цветения амброзии. Дети с круглогодичным АР обширно сенсibilизированы к клещам домашней пыли, у каждого пятого обследуемых выявили сенсibilизацию к перьевым аллергенам, у 13% аллергическая реакция на овечью шерсть. Коровье молоко и соя занимали ведущее место среди пищевых аллергенов.



Сенсибилизация больных к пыльцевым аллергенам

В лечении больных за основу были взяты принципы ступенчатого подхода, в зависимости от тяжести течения болезни [6]. Методами терапии аллергического ринита в настоящее время может использоваться удаление причинно-значимых аллергенов. Кроме того, можно прибегнуть к лечению солевым раствором в виде капель «Сиалор аква». В фармацевтической практике используются для лечения общедоступные препараты [7]. У пациентов отмечалось улучшение состояния, снижалась заложенность носа и уменьшение зуда.

Антигистаминные препараты – обязательный компонент лечения аллергического ринита. Современные препараты имеют высокую эффективность, быстрое наступление улучшающего эффекта, длительность действия, меньшие побочные эффекты, позволяющие использовать их как базисную терапию [8–10] (таблица).

Исследования показывают, что симптомы интоксикации сокращались в два раза (при использовании балльной системы как метод сравнения). Анализ клинических данных показал, что интенсивность симптомов уменьшилась в среднем в 2 раза (учитывая балльную систему). Ни один случай отрицательного действия препарата не был нами обнаружен. Больные хорошо переносили препарат. Седативный эффект отсутствовал. Слизистая желудочно-кишечного тракта не подвергалась раздражению. Также препарат не влияет отрицательно на сердечно-сосудистую систему. Следовательно, можно использовать данный препарат в детском возрасте. Применение препарата по схеме 5 дней – препарат, 2 дня – перерыв имеет положительный финансовый эффект, что уменьшает траты в лечении болезни и сни-

жает фармако-химическую нагрузку организма детей. В группе детей с сезонным АР легкой и средней тяжести течения заболевания (15 больных) нами использовался иммуномодулятор, который обладает иммуномодулирующим действием. В состав входят бактериальные лизаты для подъязычного приема. Выбранный нами иммуномодулятор обладает иммуностимулирующим и противомикробным свойствами и избирательно влияет на системный и местный иммунитет и способствует увеличению количества лизоцима в слюне. Доказано повышение метаболической активности макрофагов, тем самым усиливается фагоцитарная активность макрофагов. Стимулирующий эффект способствует активации естественных киллеров, тем самым высвобождаются противовоспалительные цитокины: интерлейкин-1, интерлейкин-2, интерлейкин-6, интерлейкин-8, γ -ферон, фактор некроза опухоли- α . Следовательно возрастает концентрация секреторного иммуноглобулина в слюне и слезе, а также снижается иммуноглобулин Е. После проведения соответствующей терапии используемым иммуномодулятором уменьшается продолжительность вирусных инфекций, сокращается длительность проведения антибактериальной терапии.

Хорошо оправдано использование в базисной терапии топического стероида «Назонекса» при тяжелом и среднем течении аллергического ринита. В одном впрыскивании содержится 50 мкг необходимой дозы. Выбранный препарат обладает противовоспалительным действием, способствует снижению медиаторов аллергии. Препарат действует длительно и назначается один раз в сутки. Курсовые дозы составляют до четырех недель комплексного лечения.

Выраженность симптомов до и после лечения

Симптомы ринита	Выраженность симптомов в баллах	
	До лечения «Исмигеном», «Зиртеком», «Назонексом», «Сиалором аква»	Через 4 недели терапии «Исмигеном», «Зиртеком», «Назонексом», «Сиалором аква»
Чихание	2,8 ± 0,17	1,7 ± 0,8
Зуд в носу	2,3 ± 0,3	0,9 ± 0,12
Заложенность носа	1,8 ± 0,4	1,0 ± 0,3
Нарушение сна	2,3 ± 0,6	1,2 ± 0,1

Заключение

В результате проведенных нами исследований определили, что комбинированное лечение аллергического ринита, включающее антигистаминные средства, иммуномодулирующие препараты, назальные капли и спрей, является эффективным лечением аллергического ринита при легком течении и при средней тяжести. Топические стероиды же необходимы в лечении тяжелой степени тяжести данной патологии.

В качестве иммуномодулирующей терапии перспективен «Исмиген», который обладает иммуномодулирующим и противомикробным действием. Все эти факторы предотвращают проявление тяжелого течения аллергического ринита у детей.

Список литературы

1. Балаболкин И.И., Терлецкая Р.Н., Модестов А.А. Аллергическая заболеваемость детей в современных экологических условиях // Сибирское медицинское обозрение. – 2015. – № 1. – С. 63–67.
 2. Ревякина В.А., Студенкова Н.В., Моносова О.Ю. Состояние верхних и нижних дыхательных путей у детей с аллергическим ринитом. Пути повышения эффективности

терапии аллергического ринита у детей // Российский аллергологический журнал. – 2011. – № 1. – С. 71–76.

3. Roberts G., Xatzipsalti M., Borrego L.M., et al. Paediatric rhinitis: position paper of the European Academy of Allergy and Clinical Immunology // Allergy. – 2013. – № 68. – P. 1102–1116.

4. Вознесенский Н.А. Антагонисты лейкотриеновых рецепторов в терапии бронхиальной астмы аллергического ринита // Атмосфера А. Пульмонология и аллергология. – 2008. – № 3. – С. 57–60.

5. Геппе Н.А., Снегоцкая М.Н., Конопелько О.Ю. Новое в профилактике и терапии сезонных аллергических ринитов у детей // Леч. врач. – 2010. – № 1. – С. 34–38.

6. Касохов Т.Б., Цораева З.А., Туриева С.В., Павловская Л.В., Мазур А.И., Матиашвили Т.Д. Нарушение иммунного статуса у детей с респираторными аллергиями и методы иммунокоррекции // Современные проблемы науки и образования. – 2017. – № 5.; URL: <http://www.science-education.ru/article/view?id=27012>.

7. Касохов Т.Б., Павловская Л.В., Цораева З.А. Современные подходы к терапии аллергического ринита у детей // Фундаментальные исследования. – 2012. – № 2. – С. 44–46.

8. Гарашенко Т.И. Роль элиминационной терапии в профилактике острых респираторных заболеваний в организованных детских коллективах // Педиатрия. – 2008. – № 87 (5). – С. 34–38.

9. Карпова Е.П. Ринит в детском возрасте // Лечащий врач. – 2010. – № 1. – С. 14–18.

10. Ревякина В.А. Аллергический ринит у детей. Современные тенденции в диагностике и терапии // Педиатрия. – 2010. – № 2. – С. 9–12.