



Алергични ринити при децата

Allergic Rhinitis in Children

Сп. Тодоров

Катедра УНГ-болести при УМБАЛ "Царица Йоанна" – ИСУЛ ЕАД София

Abstract

The author points out the special features of the allergic rhinitis in childhood in regards to the epidemiology, the clinics, the diagnosis and the treatment. The high frequency of the disease from early childhood, affects the development of the child and it could lead to different complications, first of which is the bronchial asthma. The diagnosis in children is much harder in comparison to the one in adults. The main principle while curing the disease is for the process to be conservative. A scheme is given for the therapeutic behavior within the different forms of allergic rhinitis in children.

Резюме

Авторът посочва особеностите на алергичните ринити в детската възраст по отношение на епидемиологията, клиниката, диагнозата и лечението. Изтъква се голямата честота на това заболяване още от ранна детска възраст, което се отразява върху цялостното развитие на детето и може да доведе до различни усложнения, на първо място бронхиална астма. Диагнозата при децата е много по-трудна в сравнение с възрастните, а главният принцип при лечението е последното да бъде щадящо. Дадена е схема за терапевтично поведение при различните форми на алергичен ринит при децата.

А. Епидемиологични особености

Алергичният ринит (АР) е най-честото алергологично заболяване при човека, като честотата му надхвърля 40% при възрастните и 30% при децата. От втората половина на 20 век се отбелязва значително повишаване заболяемостта от алергичен ринит, което се обяснява с нарастващата урбанизация. Редица проучвания сочат, че градското население боледува два пъти повече от алергичен ринит, отколкото жителите на селата. Нарастването на честотата на АР се дължи на увеличение броя на алергените, поява на нови алергени, тютюнопушенето, домашните любимци, храненето и честите вирусни заболявания в детските колективи.

АР може да започне още в ранна възраст и да достигне своя максимум в училищна възраст. Спонтанно излекуване се наблюдава само в около 10% от децата, 50% се подобряват, 30% остават непроменени, а при 10% се наблюдава влошаване (1).

Независимо, че АР не е животозастрашаващо заболяване, то се намесва сериозно в живота на детето. АР е причина за 3–4% от отсъствията от училище и понижава ефективността на учебния процес с около 30–40%. Успеваемостта в училище може да се снижи още повече и от употребата на седативни орални антихистамини.

АР може да причини появата на редица други заболявания при децата като: ларингит, трахеит, бронхит, рецидивиращ остър отит, серозен отит, аденоидит, синусит. Особено тясна е връзката между алергичния ринит и астмата. При повечето от децата АР предшества астмата, особено когато ринитът се развие в ранна детска възраст. От друга страна, успешното лечение на АР определено подобрява симптомите на астмата. По тази причина напоследък все повече се налага идеята за „един дихателен път, една болест“ (2).

Социалната значимост на АР се определя не само от неговата честота, а и от икономическата стойност на



заболяването. В САЩ за 2000 година директните разходи са били 6 милиарда долара, а индиректните – 250 милиарда долара.

Б. Особенности на алергичните реакции в детската възраст

На първо място видът на алергичните реакции зависи от възрастта на детето. Истински алергичен отговор може да се очаква едва след шестия месец от раждането, след включване на тимуса в имуногенезата. За кърмаческата възраст най-чести са кожните прояви на алергията (атопичен дерматит), за деца от 1 до 3-годишна възраст – субхордалният ларингит, а за деца над 5–6 години – бронхиалната астма (3).

Първият и най-чест алерген, особено при кърмачетата, е храната (кравето мляко), докато ролята на инхалаторните алергени зачестява с нарастване на възрастта.

Докато при възрастните входната врата на алергена до голяма степен определя вида и мястото на алергичната реакция, малкото дете може да реагира на даден алерген с различни реакции. Т. напр. при възрастните инхалаторните алергени предизвикват симптоми на ринит или астма, докато при едно дете даден хранителен алерген може да предизвика диспептични или кожни прояви, поява на алергичен ринит, спастичен бронхит, астма и дори серозен отит.

Серозният отит може да бъде единствена проява на алергията, а хипертрофията на аденоидните вегетации, и особено бързият рецидив след аденоидектомия, също могат да сочат за алергичен терен.

В. Особенности в клиничното протичане на алергичния ринит при децата

Интермитентният алергичен ринит (полинозата) при децата обикновено протича без типичното за този вид хикане. Почти задължителен симптом при него обаче е алергичният конюнктивит.

При перзистирания (целогодишен) алергичен ринит, в резултат на продължителния сърбеж и запушване на носа, у детето се създават характерни навици – триене и почесване на носа, смъркане и смръщване на носа или т.нар. „алергичен салют“. Много често АР при децата се съпровожда от сенки под очите и оток на клепачите (4).

За разлика от възрастните, неалергичните неинфекциозни ринити (вазомоторен ринит, аспиринова алергия, NARES – синдром) при децата са изключителна рядкост.

Г. Особенности на диагнозата на алергичния ринит при децата

Диагнозата на АР при децата е много по-трудна отколкото при възрастните. Колкото по-малко е детето, толкова симптомите на АР са по-неспецифични и по-генерализирани. Това се отнася най-вече за перзистирания АР, чиито симптоми най-често се отдават на увеличена аденоидна вегетация и се предприемат ненужни оперативни интервенции.

От анамнезата от значение са данните за наследствена обремененост с атопични болести, прекарани алергични заболявания в миналото или наличие на алергични прояви в момента. Начинът на хранене, засилване на оплакванията след смяна на местоживеење, климата или контакта с животни също трябва да се има предвид. Появата на симптомите по едно и също време в две последователни години е почти сигурен белег за интермитентен алергичен ринит.

При обективното изследване от значение е не само риноскопията, но и цялостният преглед на ЛОР органите.

Алергичните тестове могат да бъдат правени на всяка възраст и дават много полезна информация. При деца над 4-годишна възраст се прилагат кожни алергични тестове, а при по-малките деца се използва измерване на алергенспецифичните IgE в серума. Трябва да се вземе под внимание фактът, че тоталният IgE в серума е повишен само при по-малко от половината от децата с АР. Благодарение на стандартизацията на алергенните препарати и подобряване на тяхното качество в последно време алергологичната диагноза придобива все по-голяма стойност.

Д. Особенности при лечението на АР при децата

Принципите на лечение на АР при децата са същите както при възрастните, но основното при децата е лечението да бъде безвредно, щадящо и неагресивно (5).

Оралните антихистамини и особено новите препарати, при които липсват странични действия, са първо средство на избор при лечение на АР при децата. „Новата ера“ в лечението на алергичните заболявания започна с употребата на антихистамини от „нова генерация“. Този термин се свързва главно с отсъствието на странични явления от страна на ЦНС – сънливост, уморяемост, както и с незначителното въздействие върху сърдечната дейност. Наред с това новите антихистамини проявяват повишена активност към H_1 -рецепторите,



което позволява те да се прилагат в намалена дозировка (6).

Наред с големите им предимства, новите антихистамини притежават и някои недостатъци. На първо място това е слабият им ефект върху назалната конгестия (7). На второ място, при някои болни те не проявяват оптимално действие, което може да се обясни със сложния механизъм на алергичния процес, в който освен хистамина участват и други медиатори. Друг източник на неуспех от приложението на оралните антихистамини е широката им и често безразборна употреба без лекарско предписание.

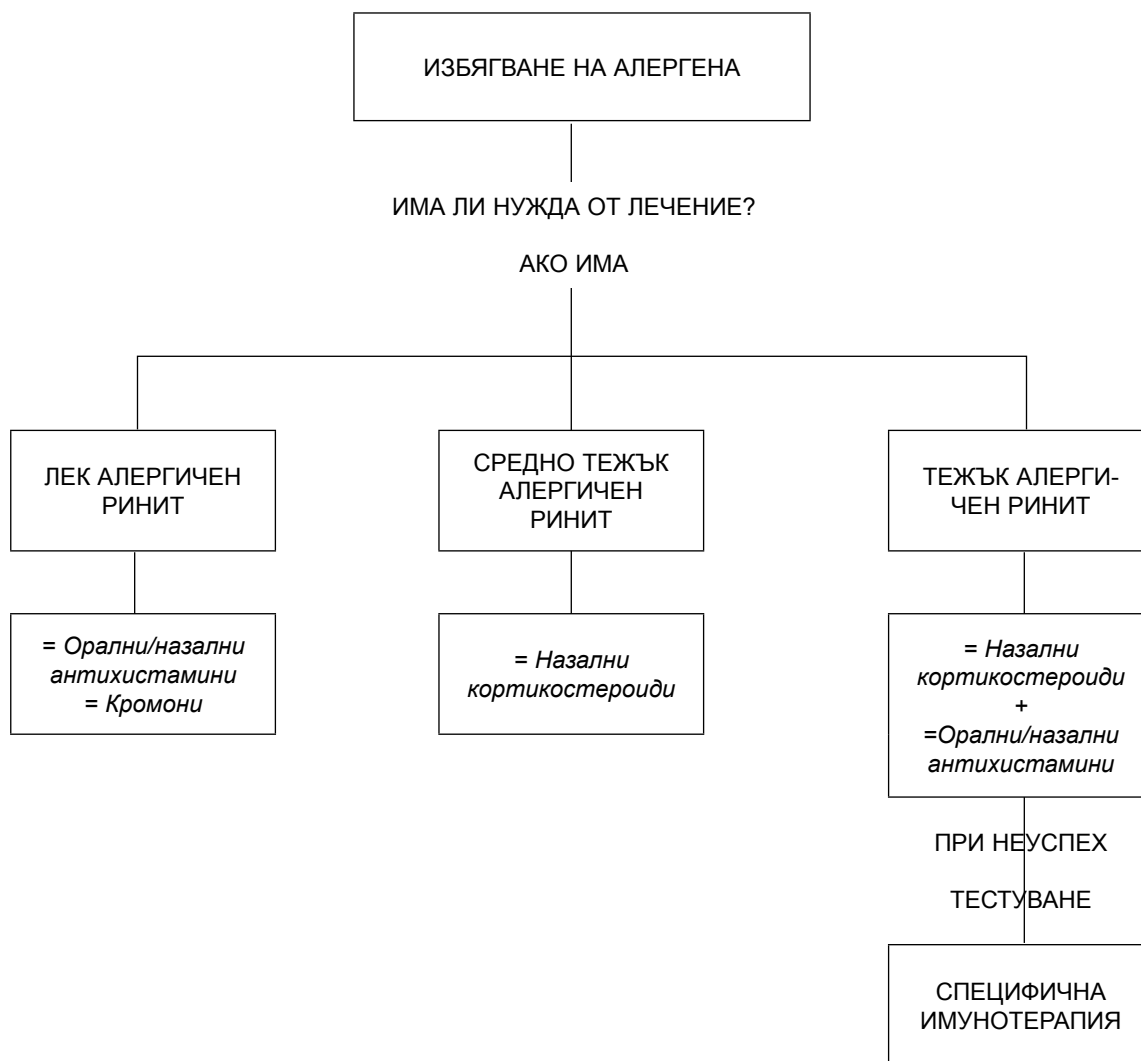
В практиката най-често се прилагат: Cetirizine (Zyrtec, Letizen, Egirizin, Zodac), Fexofenadine (Telfast), Loratadine (Claritine, Erolin, Loratadine), Desloratadine (Aerius), Levocetirizine (Xyzal), Ebastine (Kestin), Mizolastine (Mizollen). При малките деца най-подходящи са антихистами-

нови препарати под форма на капки или сироп, което позволява по-прецизна дозировка и лесен прием (8).

Топикалните антихистамини също имат ефект в детската възраст, но тяхното приложение може да срещне затруднение поради липса на съдействие от страна на детето (9). В практиката се прилага Azelastine (Allergodil).

Локалните кромогликати дават много добри резултати, но при продължителна употреба. Най-голямото им предимство е, че са напълно безвредни и могат да се прилагат и при най-малки деца. Недостатъците им се състоят в сравнително бавния ефект на действие и нуждата от четирикратно приложение в денонощието, което изисква добро сътрудничество от страна на детето. В практиката се прилагат препаратите Natrium cromoglicat (Bicromat) и Nedocromil Natrium (Cusicrom) във вид на капки или шпрей.

**СХЕМА
ЗА ЛЕЧЕНИЕ НА АЛЕРГИЧНИТЕ РИНИТИ**





Назалните глюкокортикостероиди са изключително ефикасни върху всички симптоми на АР, включително и върху назалната конгестия. В миналото те не се препоръчваха при децата поради опасност от потискане на хипофизарно-надбъбречната система и увреждане на обмяната на калция с потискане на растежа. След въвеждане на новите препарати (флутиказон и мометазон) и след натрупания 30-годишен опит с тяхното приложение, през което време се доказва тяхната безвредност, те станаха едни от водещите медикаменти за лечение на детския алергичен ринит (10). Тяхната безвредност позволява те да се прилагат до 3 месеца без прекъсване, а еднократното им приложение в денонощието повишава значително техния къмплайънс (11). Едно от редките странични действия на локалните кортикостероиди е появата на епистаксис, което може да наложи временно прекъсване на лечението. Освен това те не действат на съпътстващия алергичен конюнктивит, което налага допълнително приложение на очни капки. Локалните кортикостероиди се прилагат или като фреонов аерозол, или като водна суспензия чрез дозираща помпа. Последната осигурява по-добро интраназално разпределение на лекарството.

Прилагат се следните препарати: Beclomethason dipropionat (Beconase, Aldecin) – това е първият локален кортикостероид, въведен през 1974 годи-

на (12); Flunisolide (Syntaris), Budesonide (Nasacort), Triamcinolone acetonide (Nasacort), Fluticasone propionate (Flixonase, Avamys), Mometasone (Nasonex).

При деца с алергичен ринит не се препоръчва прилагането на орални или парентерални кортикостероиди!

Специфичната имунотерапия в много от случаите води до подобрене на симптомите на АР. Тя се назначава на пациенти, които не са добре контролирани чрез конвенционалното медикаментозно лечение, на пациенти, които не желаят да приемат лекарства, или на такива, при които медикаментите причиняват нежелателни странични явления. Според редица наблюдения деца с поленова алергия, третирани със специфична имунотерапия, развиват много по-рядко астма, отколкото тези, които не получават такава. Счита се, че имунотерапията може да предотврати и развитието на нови сензибилизации.

Специфичната имунотерапия – подкожна, интраназална или сублингвална – трябва да бъде прилагана от обучен персонал и наблюдение на пациента минимум 20 минути след инжекцията.

Ранното лечение на алергичния ринит при децата подобрява значително състоянието на детето, неговия начин на живот и редуцира появата на усложнения и на първо място – развитието на бронхиална астма.

Литература

1. Wecke ER.- Epidemiology of allergic disease in children. Rhinol. 1992; 13 (Suppl): 5 – 12.
2. Rowe-Jones JM.-The link between the nose and lung, perennial rhinitis and asthma – is it the same disease? Allergy, 1997;52 (Suppl 36): 20-28.
3. Aberg M., I. Engstrom. – Natural history of allergic diseases in children. Acta Paediatr Scand 1990; 79: 206 – 211.
4. Mygind N., RM Naclerio. – Allergic and Non-allergic Rhinitis. Clinical aspects. Copenhagen: Muncsgaard, 1993; 1 – 199.
5. Naspitz CK.,DC Tincelman. – Childhuud Rhinitis and Sinuitis. Pathophysiology and Treatment. New York; Marcel Dekker, 1990: 1 – 284.
6. Masi M.,R. Candiani & H. van de Venna. – A placebo-controlled trial of cetirizine in seasonal allergic rhino-conjunctivitis in children aged 6 to 12 years. Ped Allergy Immunology, 1992; 4: 47 – 52.
7. Charpin d., D. Vervloet. – Treating seasonal rhinitis; antihistamines or intranasale corticosteroids? Eur Resp Rev 1994; 4: 256 – 259.
8. deL.ic J., U. Wahn, E. Billard, R. Alt, M.-C. Pujazon. – Levocetirizine in children; evidenced efficacy and safety in a 6-week randomized seasonal allergic rhinitis trial. Pediatr Allergy Immunol 2005; 10: 1 – 9.
9. Davies RJ., AC Bagnall, RN McCabe, MA Calderon, JH Wang. – Antihistamines: topical vs oral administration. Clin Exp Allergy, 1996; 26 (Suppl 3) 11 – 17.
10. Milton CM., DH Richards. – Fluticasone propionate – a new effective treatment for perennial rhinitis in children aged 4 – 11 years. J Allergy Clin Immunol 1993;91: 260.
11. Ричардс ДХ., СМ Милтон. – Флутиказон пропионат воден назален шпрей: добре поносимо и ефективно лечение за деца с целогодишен алергичен ринит. Allergy & Asthma, 1998; 1: 35 – 36.
12. Mygind N. – Local effect of intranasal beclomethasone dipropionate aerosol in hay fever. Br Med J 1974; 3: 464 – 6.

