



New Day in Medicine
Новый День в Медицине

NDM



TIBBIYOTDA YANGI KUN

Ilmiy referativ, marifiy-ma'naviy jurnal



AVICENNA-MED.UZ



ISSN 2181-712X.
EiSSN 2181-2187

5 (79) 2025

**Сопредседатели редакционной
коллекции:**

**Ш. Ж. ТЕШАЕВ,
А. Ш. РЕВИШВИЛИ**

Ред. коллегия:

М.И. АБДУЛЛАЕВ
А.А. АБДУМАЖИДОВ
Р.Б. АБДУЛЛАЕВ
Л.М. АБДУЛЛАЕВА
А.Ш. АБДУМАЖИДОВ
М.А. АБДУЛЛАЕВА
Х.А. АБДУМАДЖИДОВ
Б.З. АБДУСАМАТОВ
М.М. АКБАРОВ
Х.А. АКИЛОВ
М.М. АЛИЕВ
С.Ж. АМИНОВ
Ш.Э. АМОНОВ
Ш.М. АХМЕДОВ
Ю.М. АХМЕДОВ
С.М. АХМЕДОВА
Т.А. АСКАРОВ
М.А. АРТИКОВА
Ж.Б. БЕКНАЗАРОВ (главный редактор)
Е.А. БЕРДИЕВ
Б.Т. БУЗРУКОВ
Р.К. ДАДАБАЕВА
М.Н. ДАМИНОВА
К.А. ДЕХКОНОВ
Э.С. ДЖУМАБАЕВ
А.А. ДЖАЛИЛОВ
Н.Н. ЗОЛотова
А.Ш. ИНОЯТОВ
С. ИНДАМИНОВ
А.И. ИСКАНДАРОВА
А.С. ИЛЬЯСОВ
Э.Э. КОБИЛОВ
А.М. МАННАНОВ
Д.М. МУСАЕВА
Т.С. МУСАЕВ
М.Р. МИРЗОЕВА
Ф.Г. НАЗИРОВ
Н.А. НУРАЛИЕВА
Ф.С. ОРИПОВ
Б.Т. РАХИМОВ
Х.А. РАСУЛОВ
Ш.И. РУЗИЕВ
С.А. РУЗИБОЕВ
С.А.ГАФФОРОВ
С.Т. ШАТМАНОВ (Кыргызстан)
Ж.Б. САТТАРОВ
Б.Б. САФОЕВ (отв. редактор)
И.А. САТИВАЛДИЕВА
Ш.Т. САЛИМОВ
Д.И. ТУКСАНОВА
М.М. ТАДЖИЕВ
А.Ж. ХАМРАЕВ
Д.А. ХАСАНОВА
Б.З. ХАМДАМОВ
А.М. ШАМСИЕВ
А.К. ШАДМАНОВ
Н.Ж. ЭРМАТОВ
Б.Б. ЕРГАШЕВ
Н.Ш. ЕРГАШЕВ
И.Р. ЮЛДАШЕВ
Д.Х. ЮЛДАШЕВА
А.С. ЮСУПОВ
Ш.Ш. ЯРИКУЛОВ
М.Ш. ХАКИМОВ
Д.О. ИВАНОВ (Россия)
К.А. ЕГЕЗАРЯН (Россия)
DONG JINCHENG (Китай)
КУЗАКОВ В.Е. (Россия)
Я. МЕЙЕРНИК (Словакия)
В.А. МИТИШ (Россия)
В.И. ПРИМАКОВ (Беларусь)
О.В. ПЕШИКОВ (Россия)
А.А. ПОТАПОВ (Россия)
А.А. ТЕПЛОВ (Россия)
Т.Ш. ШАРМАНОВ (Казахстан)
А.А. ЩЕГОЛОВ (Россия)
С.Н. ГУСЕЙНОВА (Азербайджан)
Prof. Dr. KURBANHAN MUSLUMOV (Azerbaijan)
Prof. Dr. DENIZ UYAK (Germany)

**ТИББИЁТДА ЯНГИ КУН
НОВЫЙ ДЕНЬ В МЕДИЦИНЕ
NEW DAY IN MEDICINE**

*Илмий-рефератив, маънавий-маърифий журнал
Научно-реферативный,
духовно-просветительский журнал*

УЧРЕДИТЕЛИ:

**БУХАРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ
ООО «ТИББИЁТДА ЯНГИ КУН»**

Национальный медицинский
исследовательский центр хирургии имени
А.В. Вишневского является генеральным
научно-практическим
консультантом редакции

Журнал был включен в список журнальных
изданий, рецензируемых Высшей
Аттестационной Комиссией
Республики Узбекистан
(Протокол № 201/03 от 30.12.2013 г.)

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ:

М.М. АБДУРАХМАНОВ (Бухара)
Г.Ж. ЖАРЫЛКАСЫНОВА (Бухара)
А.Ш. ИНОЯТОВ (Ташкент)
Г.А. ИХТИЁРОВА (Бухара)
Ш.И. КАРИМОВ (Ташкент)
У.К. КАЮМОВ (Тошкент)
Ш.И. НАВРУЗОВА (Бухара)
А.А. НОСИРОВ (Ташкент)
А.Р. ОБЛОКУЛОВ (Бухара)
Б.Т. ОДИЛОВА (Ташкент)
Ш.Т. УРАКОВ (Бухара)

5 (79)

2025

май

www.bsmi.uz

https://newdaymedicine.com E:

ndmuz@mail.ru

Тел: +99890 8061882

УДК 616-097/ 616.211-002

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ АЛЛЕРГИЧЕСКОГО РИНИТА У ДЕТЕЙ

Умаров У.Н. <https://orcid.org/0009-0009-7991-2064>

Бухарский государственный медицинский институт имени Абу Али ибн Сины, Узбекистан,
г. Бухара, ул. А. Навои. 1 Тел: +998 (65) 223-00-50 e-mail: info@bsmi.uz

✓ Резюме

Аллергическим ринитом, по современным данным, страдают до четверти населения развитых стран. Заболевание не только поражает слизистую оболочку полости носа, но и влияет на рецепторы и медиаторы воспаления в костном мозге. Значительное снижение качества жизни пациентов на фоне обострения аллергического ринита заставляет искать новые подходы как к лечению приступов, так и к их профилактике. Коррекция, в том числе хирургическая, сопутствующей патологии полости носа и околоносовых пазух в значительной мере позволяет улучшить качество жизни пациентов с аллергическим ринитом. В течение длительного времени хирургическое лечение сопутствующей патологии полости носа у детей было крайне ограничено в связи с опасностью повреждения зон роста и, как следствие, высокой вероятностью рецидива деформации структур носа и околоносовых пазух. С развитием эндоскопических методов хирургического лечения полости носа и околоносовых пазух в практику были внедрены операции в минимальной инвазивностью и, как следствие, безопасные в любом возрасте. Оперативное вмешательство на структурах лимфоидного глоточного кольца у детей с аллергическим ринитом вызывает бурные споры в педиатрическом сообществе до настоящего времени. В статье рассматриваются современные подходы к диагностике и лечению аллергического ринита у детей. Обсуждаются актуальные проблемы консервативного и хирургического лечения. Особое внимание уделено вопросам безопасности применения различных схем лечения. Обсуждаемые практические вопросы тактики лечения аллергических ринитов актуальны как для детских аллергологов, так и для лор-педиатров

Ключевые слова: дети, аллергический ринит, лечение

BOLALARDA ALLERGIK RINITNI DAVOLASHNING ZAMONAVIY USULLARI

Umarov U.N.

Abu Ali ibn Sino nomidagi Buxoro davlat tibbiyot instituti, O'zbekiston, Buxoro, st. A. Navoiy. 1
Tel: +998 (65) 223-00-50 e-mail: info@bsmi.uz

✓ Резюме

Zamonaviy ma'lumotlarga ko'ra, rivojlangan mamlakatlar aholisi orasida chorak qismgacha bo'lgan aholisi allergik rinitdan aziyat chekadi. Bu kasallik nafaqat burun bo'shlig'i shilliq qavatini zararlaydi, balki suyak ko'migi darajasidagi yallig'lanish retseptorlari va mediatorlariga ham ta'sir ko'rsatadi. Allergik rinit kuchaygan davrda bemorlarning hayot sifatining sezilarli darajada pasayishi xurujlarni davolash va oldini olish bo'yicha yangi yondashuvlarni izlash zaruratini keltirib chiqaradi. Burun bo'shlig'i va paranazal (burun atrofidagi) hayvoniy bo'shliqlardagi hamroh patologiyalarni, jumladan jarrohlik yo'li bilan tuzatish, allergik rinitli bemorlarning hayot sifatini sezilarli darajada yaxshilash imkonini beradi. Uzoq vaqt davomida bolalarda burun bo'shlig'i hamda unga yondosh tuzilmalar bilan bog'liq patologiyalarni jarrohlik usulida davolash cheklangan edi — bu burun va paranazal bo'shliq tuzilmalarining o'sish zonalariga zarar yetkazish va natijada ularning deformatsiyasi xavfini keltirib chiqarishi mumkin edi. Endoskopik jarrohlik usullarining rivojlanishi natijasida burun bo'shlig'i va burun atrofidagi bo'shliqlarda minimal invaziv, ya'ni har qanday yoshda xavfsiz hisoblangan operatsiyalar amaliyotga joriy qilindi

Kalit so'zlar: bolalar, allergik rinit, davolash

ONTEMPORARY APPROACHES TO MANAGING ALLERGIC RHINITIS IN CHILDREN

Umarov U.N.

Bukhara State Medical Institute named after Abu Ali ibn Sina, Uzbekistan, Bukhara, st. A. Navoi. 1
Tel: +998 (65) 223-00-50 e-mail: info@bsmi.uz

✓ *Resume*

Allergic rhinitis, according to modern data, affects up to a quarter of the population of developed countries. The disease affects not only the nasal mucosa, but also affects the receptors and mediators of inflammation in the bone marrow. A significant decrease in the quality of life of patients against the background of exacerbation of allergic rhinitis makes us look for new approaches to both the treatment of attacks and their prevention. Correction, including surgical, of concomitant pathology of the nasal cavity and paranasal sinuses significantly improves the quality of life of patients with allergic rhinitis. For a long time, surgical treatment of concomitant pathology of the nasal cavity in children was extremely limited due to the risk of damage to the growth zones and, as a consequence, a high probability of recurrence of deformation of the structures of the nose and paranasal sinuses. With the development of endoscopic methods of surgical treatment of the nasal cavity and paranasal sinuses, operations with minimal invasiveness and, as a consequence, safe at any age were introduced into practice. Surgical intervention on the structures of the lymphoid pharyngeal ring in children with allergic rhinitis is causing heated debate in the pediatric community to date. The article considers modern approaches to the diagnosis and treatment of allergic rhinitis in children. Topical problems of conservative and surgical treatment are discussed. Special attention is paid to the safety of various treatment regimens. The discussed practical issues of tactics of treatment of allergic rhinitis are relevant for both pediatric allergists and ENT pediatricians

Keywords: children, allergic rhinitis, treatment

Актуальность

Аллергический ринит — заболевание слизистой оболочки носа, вызываемое причинно-значимыми аллергенами и обусловленное IgE - опосредованными реакциями гиперчувствительности, которое характеризуется 4 основными симптомами: заложенностью носа, зудом в носовой полости, обильным слизистым отделяемым и чиханием [1]. Аллергический ринит наблюдается у 10—25% населения развитых стран [2], а его частота среди детей достигает, по данным некоторых авторов, 40% [3].

Цель исследования: известно, что аллергический ринит зачастую предшествует развитию бронхиальной астмы, являясь, таким образом, серьезным потенциальным фоном для ее формирования.

Это доказано большим количеством клиничко-эпидемиологических исследований, проведенных в разных странах, результаты которых демонстрируют довольно частое сочетание аллергического ринита и бронхиальной астмы у детей [1, 4]. Распространенность астмы среди пациентов, страдающих аллергическим ринитом, в среднем составляет от 10 до 40% [5, 6].

Установлено, что аллергический процесс носит системный характер и вовлекает большое количество различных биохимических медиаторов и специфических клеток, которые обеспечивают связь между очагами местного аллергического ответа и системной реакцией, начинающейся в костном мозге [6]. Таким образом, если в прошлом аллергию считали «набором» местных симптомов раздражения, то сегодня она представляется серьезным системным иммуновоспалительным заболеванием с взаимосвязанными местными проявлениями [7].

В МКБ-10 выделены 2 основных варианта аллергического ринита: сезонный и круглогодичный. При этом, как уже видно из названия, сезонный аллергический ринит характеризуется строгой сезонностью, когда симптомы ежегодно проявляются в одно и то же время (в период цветения определенных видов растений). Следует отметить, что сезонный ринит может трансформироваться в круглогодичный его вариант. Это связано, как правило, с перекрестной иммунной реактивностью, возникающей при потреблении пищевых продуктов из

растений, относящихся к разным классам, но имеющих сходную химическую структуру. Такие реакции, например, вызывают пыльца амброзии, пыльца березы и орехи [8].

Круглогодичный аллергический ринит в большей степени обусловлен воздействием ингаляционных аллергенов жилищ, клещей домашней пыли, аллергенов домашних животных, насекомых и др. Симптоматика заболевания может носить периодический или постоянный характер без четких сезонных колебаний на протяжении всего года.

В ряде случаев, а именно при комбинированной сенсibilизации организма бытовыми и пылевыеми аллергенами, форму аллергического ринита определить достаточно сложно даже с помощью специальных иммуноаллергологических исследований. Вероятно, этим объясняется позиция одних ученых, предлагающих не разграничивать заболевание на сезонную и круглогодичную формы, и других ученых, рекомендующих выделять третью — смешанную форму [9].

Материал и метод исследования

При постановке клинического диагноза заболевания выделяют 3 степени тяжести аллергического ринита (легкая, среднетяжелая, тяжелая). При легком течении наблюдается ограниченное количество симптомов, которые существенно не влияют на качество жизни. При среднетяжелой форме умеренная выраженность симптомов заболевания уже мешает нормальной жизнедеятельности, а при тяжелом течении отмечаются выраженные (вплоть до мучительных) симптомы, серьезно ухудшающие качество жизни.

На сегодняшний день существует множество способов лечения аллергического ринита. При выборе тактики лечения исходят из того, что для аллергического ринита характерны все черты классического аллергического состояния: повышенная чувствительность к аллергенам, хроническое течение с периодами обострения, формирование персистирующего аллергического воспаления и неспецифической гиперреактивности к разнообразным провоцирующим факторам, что обуславливает необходимость комплексного подхода к терапии, включающей как патогенетическое, так и симптоматическое лечение.

Консервативная терапия предусматривает применение различных патогенетических и симптоматических лекарственных средств. При выборе лекарственного препарата нужно четко определить цель лечения с учетом этиологии и патогенеза заболевания. Если есть возможность прогнозирования появления симптомов (например, при сезонном рините), лучше проводить лечение, не дожидаясь обострения. Во всех случаях необходимо стремиться к устранению аллергена, т.е. осуществлять иллюминационную терапию. Адекватная терапия аллергического ринита у детей зависит и от степени озонизации имеющихся симптомов [10, 11].

В клинической практике лечение аллергического ринита обычно сводят к следующим важнейшим мероприятиям:

1. контроль за факторами окружающей среды (устранение или уменьшение контакта с причинно-значимыми аллергенами и неспецифическими триггер-факторами);
2. собственно фармакотерапия;
3. специфическая иммунотерапия (так называемая «аллерговакцинация»);
4. обучение родителей, дети которых страдают аллергическим ринитом;

Основные группы препаратов, применяемые для лечения аллергических ринитов у детей топические и системные антигистаминные препараты. Применяются как для симптоматической, так и для базисной терапии. Это первые лекарственные средства, использование которых для аллергической патологии получило научное обоснование. Известно, что гистамин является основным медиатором, обуславливающим клинические симптомы аллергического воспаления. Таким образом, действие антигистаминных препаратов обусловлено их способностью конкурировать с молекулами эндогенного гистамина за участки связывания с гистаминовыми рецепторами [14, 15].

Современные исследования демонстрируют, что антигистаминные препараты эффективны в отношении лишь антигистамининдуцированных симптомов, таких как зуд, ринорея и чихание, но не оказывают влияния на заложенность носа, которая преимущественно вызывается другими медиаторами [16]. Антигистаминные препараты могут быть использованы в качестве терапии

первой линии при слабовыраженных симптомах или при аллергическом рините, индуцированном пыльцевыми аллергенами, когда назальная обструкция не столь выражена.

Антигистаминные препараты первого поколения способны связываться с гистаминовыми рецепторами, но не вызывают их стимуляции, что дает кратковременный и обратимый эффект. Следует отметить, что сродство препаратов данной группы к H₁-гистаминовым рецепторам недостаточно выражено. Они обладают коротким периодом полувыведения, что обуславливает необходимость их многократного введения в высоких терапевтических дозах. Также могут отмечаться антихолинергические реакции (сухость слизистой оболочки рта, онемение слизистой оболочки рта, помутнение зрения), атропиноподобные реакции (боли в желудке, запоры, задержка мочи, тошнота), бронхоспазм, нарушение координации движений, атаксия и головокружение, что существенно снижает качество жизни [17].

Антигистаминные препараты второго поколения являются высокоселективными антагонистами H₁- гистаминных рецепторов. Для них характерны следующие особенности: быстрое начало действия; большая продолжительность терапевтического воздействия (до 24 ч); высокая специфичность и большее сродство к H₁-рецепторам; отсутствие влияния на другие рецепторы и на центральную нервную систему в терапевтических дозах; отсутствие связи абсорбции с приемом пищи; отсутствие тахифилаксии [18]. Именно этим обусловлено их преимущественное назначение при бронхиальной астме.

Антигистаминные препараты второго поколения безопасны и хорошо переносятся детьми. В ходе мультицентрового исследования дети в возрасте 1—2 лет на протяжении более 1,5 лет ежедневно получали цетиризин для профилактики развития экземы. Результаты показали, что столь длительное применение цетиризина не вызвало значительных побочных реакций (в том числе седацию) по сравнению с плацебо [19]. Основным ограничением назначения такого рода антигистаминных препаратов является их низкая эффективность относительно симптомов назальной обструкции, особенно у детей с круглогодичным аллергическим ринитом.

Данные литературы свидетельствуют, что комбинированное применение пероральных антигистаминных препаратов и топических кортикостероидов не имеет преимуществ перед монотерапией интраназальными стероидами. Однако P. Ratner и соавт. установили, что топические антигистаминные препараты (азеластин в форме назального спрея) в сочетании с флутиказоном дают значительно больший эффект, нежели изолированное применение флутиказона у детей с сезонным аллергическим ринитом [19]. В ряде случаев топические формы имеют преимущество перед их пероральными формами, в частности оказывают более раннее действие и дают только местный эффект.

Антагонисты лейкотриеновых рецепторов. Известно, что цистеиновые лейкотриены играют важную роль в аллергическом воспалении слизистой оболочки верхних дыхательных путей, однако мало работ посвящено изучению роли лейкотриеновых антагонистов в лечении детей с аллергическим ринитом. Есть данные, свидетельствующие о том, что антигистаминные препараты в сравнении с лейкотриеновыми антагонистами более эффективны относительно назальных симптомов [20, 21] и их применение в комбинации с интраназальными стероидами не дает дополнительных преимуществ [22]. Однако применение препаратов данной группы при аллергическом рините дало противоречивые результаты, и необходимы дальнейшие клинические исследования в этом направлении.

Стабилизаторы мембран тучных клеток. Данные препараты ингибируют секрецию гистамина, лейкотриенов, серотонина и других медиаторов аллергии из тучных клеток и базофилов, оказывают блокирующее действие на H₁-рецепторы. К препаратам местного действия относятся кромогликат натрия и недокромил натрия. Кромоны используются в базисной профилактической терапии при легкой форме аллергического ринита. Механизм действия кромонов пока недостаточно изучен. Полагают, что в его основе лежит воздействие на мембраны тучных клеток и внутриклеточные реакции, которые развиваются после связывания аллергена с IgE. Препараты хорошо сочетаются с топическими кортикостероидами и антигистаминными средствами [23, 24].

Системные и топические деконгестанты. Препараты данной группы, как правило, высокоэффективны относительно купирования симптомов заложенности носа, однако их применение резко ограничено из соображений безопасности. Топические деконгестанты очень редко дают системный эффект и купируют симптоматику в короткие сроки. Однако применение топических форм деконгестантов более 7—10 дней может привести к «рикошетной» обструкции

(медикаментозный ринит) и сухости слизистой оболочки, повреждая тем самым местный иммунитет верхних дыхательных путей. Детям в возрасте до 1 года назначать местные вазоконстрикторы достаточно опасно, учитывая небольшую разницу между терапевтической и токсической дозами [25]. Соответственно, их назначение для лечения исключительно назальной обструкции также нецелесообразно.

Антихолинергические средства. Препараты наподобие ипратропия бромида и окситропиума бромида используют для купирования ринореи, опосредуемой через холинергические рецепторы, расположенные на железах слизистой оболочки носа. Препараты назначают в тех случаях, когда изолированная ринорея не поддается монотерапии антигистаминными средствами или топическими кортикостероидами. В лечении больных аллергическим ринитом показали высокую эффективность в отношении купирования назальной гиперсекреции — одного из ведущих симптомов аллергического воспаления слизистой оболочки полости носа. При оценке субъективных ощущений пациентов выявлено влияние ипратропия бромида на все основные симптомы аллергического ринита: блокируя ринорею, препарат субъективно уменьшает заложенность носа, чихание, восстанавливает обоняние [26].

Ипратропия бромид еще не получил широкого распространения в России и других странах Восточной Европы.

Результат и обсуждение

Системные и интраназальные глюкокортикостероиды. Указанные препараты используют в ринологии с самого момента их появления, когда в 1973 г. был создан беклометазон. Сегодня их считают наиболее эффективным средством лечения аллергического ринита благодаря комплексному действию на все его симптомы и все звенья патогенеза аллергического воспаления слизистой оболочки. Большинство руководств рекомендуют эти препараты в качестве первой линии терапии у детей с аллергическим ринитом средней степени тяжести.

На данный момент в России зарегистрировано несколько препаратов, разрешенных к применению у детей: флутиказона фуоат, мометазона фуоат, беклометазона дипропионат, флутиказона пропионат. Данные исследований у взрослых и детей отчетливо демонстрируют как объективные, так и субъективные критерии уменьшения всех назальных (преимущественно заложенность носа, зуд, чихание и ринорея), а также глазных симптомов на фоне применения топических кортикостероидов по сравнению с пероральными и топическими формами антигистаминных средств. При аллергическом рините топические стероиды также дают более выраженный симптоматический эффект, чем натрия кромогликат, антигистаминные и сосудосуживающие средства [27].

Согласно современным рекомендациям, следует подбирать стероиды с низкой системной биодоступностью и использовать как можно более низкие дозировки для достижения клинических результатов. Особую осторожность необходимо соблюдать при назначении топических препаратов детям, получающим стероиды по другим показаниям. У больных, принимающих топические стероиды, иногда развиваются побочные эффекты (сухость слизистых оболочек носа, носоглотки, скуровичное отделяемое и головная боль), однако у некоторых больных, получавших плацебо, отмечались идентичные побочные реакции. Атрофические изменения слизистой оболочки даже при использовании стероидов в высоких дозировках не описаны. Аллергеноспецифическая иммунотерапия. Это специфическая гипосенсибилизация организма, которая достигается путем введения специфического аллергена в минимальных, но постоянно возрастающих дозировках, что является единственной терапевтической опцией, которая оказывает воздействие на иммунный ответ организма на аллерген по сравнению с другими методами лечения. Курс специфической иммунотерапии обычно состоит из фазы накопления, когда вводят возрастающие дозы аллергенов, и фазы использования поддерживающих доз аллергенов, когда экстракты вводят с интервалом 1—2 мес. На сегодняшний день описано несколько видов введения аллергенов: подкожный, интраназальный, сублингвальный. В проведенном метаанализе клинических исследований АСИТ подтверждена клиническая эффективность подкожной иммунотерапии у больных аллергическим ринитом [28].

Хирургические вмешательства в полости носа и других отделах при аллергическом рините у детей направлены на восстановление нарушенного носового дыхания. Причиной нарушения носового дыхания у детей с аллергическим ринитом являются необратимые изменения (фиброзные, сосочковые) со стороны носовых раковин, аномалии внутриносовых структур, деформации носовой перегородки, полипоз носа, хронические гнойные и кистозные синуситы. Учитывая разнообразие указанных причин, оперативные вмешательства у детей с ринитом направлены на уменьшение

объема носовых раковин, коррекцию носовой перегородки и других внутриносовых аномалий, а также частичное или полное удаление глоточной или небных миндалин, вскрытие околоносовых пазух (в случае невозможности их санирования иным путем).

Рассматривая показания к хирургическому вмешательству при аллергическом рините, следует помнить, что операция способна значительно улучшить носовое дыхание, но не оказывает воздействия на остальные симптомы ринита — ринорею, приступы чиханья, зуд и щекотание в полости носа, нарушение обоняния.

На сегодняшний день в детской лор-практике спектр выполняемых хирургических вмешательств при аллергическом рините достаточно широк. Важным условием эффективности хирургического вмешательства является правильная предоперационная подготовка больных, включающая тщательную гипосенсибилизацию системными и топическими препаратами.

При хирургическом лечении больных могут быть использованы различные методы, однако само вмешательство всегда должно следовать принципам функциональности и минимальной инвазивности. Это означает, что хирург всегда должен стараться минимизировать травму и не удалять неизмененную слизистую оболочку, помня о том, что именно ее целостность обеспечивает основные функции полости носа.

Заключение

Заболеваемость аллергическим ринитом в детском возрасте неуклонно растет. Следует придерживаться ступенчатого системного подхода к терапии аллергического ринита с учетом международных рекомендаций, особенно при наличии сопутствующей патологии дыхательных путей (бронхиальная астма). Надо учитывать, что предельно важным является обучение ребенка и родителей правильному образу жизни, адекватному применению назальной терапии, от чего во многом зависит успех лечения. Также необходимо своевременно выявлять сопутствующую патологию со стороны полости носа (девиация, гребень, шип носовой перегородки, гипертрофия нижних носовых раковин, истинная гипертрофия носоглоточной миндалины), когда целесообразно проведение хирургического вмешательства с целью нормализации носового дыхания и адекватной доставки топических препаратов во все отделы полости носа

СПИСОК ЛИТЕРАТУРА:

1. Bousquet J, Van Cauwenberge P, Khaltaev N. Allergic rhinitis and its impact on asthma. *J Allergy Clin Immunol.* 2021;108(Suppl 5).-P.147-334.
2. Wallace DV, Dykewicz MS, Bernstein DI, et al. The diagnosis and management of rhinitis: an updated practice parameter. *J Allergy Clin Immunol.* 2018;122(Suppl 2).-P.1-84.
3. Berger WE. Allergic rhinitis in children: diagnosis and management strategies. *Paediatr Drugs.* 2014;6(4).-P.233-250.
4. Passalacqua G, Ciprandi G, Pasquali M, et al. An update on the asthma-rhinitis link. *Curr Opin Allergy Clin Immunol.* 2014;4(3).-P.177-183.
5. Linneberg A, Henrik Nielsen N, Frolund L, et al. The link between allergic rhinitis and allergic asthma: a prospective populationbased study. *The Copenhagen Allergy Study. Allergy.* 2022;57(11).-P.1048-1052.
6. Ait-Khaled N, Anderson HR, Asher MI, et al. Worldwide time trends for symptoms of rhinitis and conjunctivitis: phase III of the International Study of Asthma and Allergies in Childhood. *Pediatr Allergy Immunol.* 2017;19.-P.10-24.
7. Denburg JA. Bone marrow in atopy and asthma: hematopoietic mechanisms in allergic inflammation. *Immunol Today.* 2019;20.-P.111-113.
8. Торшхоева Р.М., Намазова-Баранова Л.С., Мурадова О.И., Томилова А.Ю., Вознесенская Н.И. Аллергенспецифическая иммунотерапия у детей с поллинозом. *Вопросы современной педиатрии.* 2014;13(1).-P.155-161.
9. Simmen D, Jones N. In *Allergic and Nonallergic Rhinitis. Manual of Endoscopic Sinus and Skull Base Surgery*, 2014 June;94(6).-P.220-227.
10. Naspitz CK, Tinkelman DG (eds.). *Childhood Rhinitis and Sinusitis (Pathophysiology and Treatment)*. New York and Basel: Marcel Dekker, Inc. 2010.-P.285.

Поступила 20.03.2025