

Клинические рекомендации

От редакции:

Уважаемые читатели! Союз педиатров России выпустил в свет новое издание рекомендаций по аллергологии и иммунологии. Книга призвана проинформировать педиатров о новых лекарственных средствах для лечения бронхиальной астмы, atopического дерматита, аллергического ринита. Особое внимание уделено проблеме вакцинации, представлены новые препараты для специфической иммунопрофилактики, освещены также возможности вакцинации детей с иммунодефицитными состояниями. В этой рубрике мы представляем вашему вниманию одну из глав новой книги.

Н.Г. Астафьева, Л.А. Горячкина, Н.И. Ильина, Л.С. Намазова, Л.М. Огородова, И.В. Сидоренко,
Г.И. Смирнова, Б.А. Черняк

Аллергический ринит

ОПРЕДЕЛЕНИЕ

Аллергический ринит — IgE-обусловленное воспалительное заболевание слизистой оболочки носа, проявляющееся комплексом симптомов в виде чихания, зуда, ринореи и заложенности носа.

МКБ-10: J30.1 — Аллергический ринит, вызванный пылью растений; **J30.2** — Другие сезонные аллергические риниты; **J30.3** — Другие аллергические риниты; **J30.4** — Аллергический ринит неуточненный.

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

Аллергический ринит — широко распространенное заболевание. Частота симптомов аллергического ринита в Российской Федерации составляет 18–38%. В США аллергическим ринитом страдают 20–40 млн людей, распространенность заболевания среди детского населения достигает 40%. Чаще болеют мальчики. В возрастной группе до 5 лет распространенность аллергического ринита наиболее низкая, подъем заболеваемости отмечают в раннем школьном возрасте.

ПРОФИЛАКТИКА

Первичную профилактику проводят в первую очередь у детей из группы риска (с отягощенной наследственностью по atopическим заболеваниям). Первичная профилактика включает в себя следующие мероприятия.

- ◆ Соблюдение беременной рациональной диеты. При наличии у нее аллергических реакций из диеты исключают высокоаллергенные продукты.
- ◆ Устранение профессиональных вредностей с первого месяца беременности.
- ◆ Прием ЛС только по строгим показаниям.
- ◆ Прекращение активного и пассивного курения как фактора, способствующего ранней сенсибилизации ребенка.
- ◆ Естественное вскармливание — важнейшее направление в профилактике реализации atopической предрасположенности, которое необходимо сохранить как минимум до 4–6-го месяца жизни. Целесообразно исключение из рациона ребенка цельного коровьего молока. Не рекомендуют введение прикорма до 4 мес.
- ◆ Элиминационные процедуры (см. ниже раздел «Лечение»).

Вторичная профилактика направлена на предотвращение манифестации аллергического ринита у сенсибилизированных детей и включает следующие мероприятия.

- ◆ Контроль за состоянием окружающей среды.
- ◆ Превентивную терапию антигистаминными препаратами.
- ◆ Аллергенспецифическую иммунотерапию.
- ◆ Профилактику респираторных инфекций как триггеров аллергии.
- ◆ Образовательные программы.

Основная цель **третичной профилактики** — предупреждение тяжелого течения аллергического ринита. Уменьшение частоты и продолжительности обострений достигается с помощью наиболее эффективных и безопасных ЛС, а также элиминацией аллергенов. Рекомендуется проводить превентивную терапию интраназальными глюкокортикостероидами за месяц до предполагаемого сезона цветения (у детей с 12 летнего возраста).

СКРИНИНГ

В рутинном порядке скрининг не проводят.

КЛАССИФИКАЦИЯ

Различают острый эпизодический, сезонный и персистирующий аллергический ринит.

- ◆ Эпизодический контакт с ингаляционными аллергенами (например, белком слюны кошки, белком мочи крыс, продуктами жизнедеятельности клещей домашней пыли) может провоцировать острые симптомы аллергии, которые расценивают как **острый эпизодический аллергический ринит**.

- ◆ **Сезонный аллергический ринит:** симптоматика возникает во время цветения растений (деревьев и трав), выделяющих причинные аллергены.

- ◆ **При круглогодичном аллергическом рините** симптомы отмечают более чем 2 ч в день или не менее 9 мес в год^А. Персистирующий аллергический ринит обычно развивается при сенсибилизации к бытовым аллергенам (клещи домашней пыли, тараканы, перхоть животных). Согласно Согласительному документу Европейской Академии аллергологии и клинической иммунологии EAACI «ARIA» (Allergic rhinitis and its impact on asthma — Аллергический ринит и его влияние на астму), принята концепция «единая дыхательная система, единое заболевание».

Новая классификация аллергических ринитов основана на определении длительности их симптомов и базируется на субъективной оценке влияния аллергических ринитов на качество жизни больных.

При этом выделяют:

◆ **Интерmittирующий (сезонный, острый, случайный) АР** (симптомы < 4 дней в неделю или < 4 недель) и

◆ **Персистирующий (круглогодичный, хронический, длительный) АР** (симптомы ≥ 4 дней в неделю или ≥ 4 недель). (Помните! Персистирующий характер течения может встречаться и при сезонном аллергическом рините!) По тяжести аллергический ринит делят на:

◆ **Легкий** (нормальный сон; нормальная повседневная активность, занятия спортом, отдых; нормальная профессиональная деятельность или учеба в школе; отсутствие мучительных симптомов) и

◆ **Средне-тяжелый/тяжелый АР** (при наличии мучительных симптомов, приводящих к появлению хотя бы одного из таких признаков, как нарушение сна; нарушение повседневной активности, невозможность занятий спортом, нормального отдыха; нарушения профессиональной деятельности или учебы в школе).

ДИАГНОСТИКА

Диагноз аллергического ринита устанавливают на основании данных анамнеза, характерных клинических симптомов и выявления причинно-значимых аллергенов (при кожном тестировании или определении титра аллерген-специфических АТ класса IgE *in vitro* в случае невозможности проведения кожных проб).

АНАМНЕЗ И ФИЗИКАЛЬНОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ

При сборе анамнеза необходимо уточнить наличие аллергических болезней у родственников, характер, частоту, продолжительность, тяжесть симптомов, наличие/отсутствие сезонности, ответ на терапию, наличие у пациента других аллергических заболеваний, провоцирующие факторы. Необходимо проведение риноскопии (осмотр носовых ходов, слизистой оболочки полости носа, секрета, носовых раковин и перегородки). У больных с аллергическим ринитом слизистая оболочка обычно бледная, цианотично-серая, отечная. Характер секрета слизистый и водянистый. При хроническом или тяжелом остром аллергическом рините обнаруживают поперечную складку на спинке носа, образующуюся у детей в результате «аллергического салюта» (потирание кончика носа). Хроническая назальная обструкция приводит к формированию характерного «аллергического лица» (темные круги под глазами, нарушение развития лицевого черепа, включающее неправильный прикус, дугообразное небо, уплощение моляров).

ЛАБОРАТОРНЫЕ И ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

Кожное тестирование и аллергосорбентный тест применяют для дифференциальной диагностики аллергического и неаллергического ринита; эти методы также позволяют определить наличие причинно-значимых аллергенов.

Кожное тестирование

Правильно выполненное кожное тестирование позволяет оценить наличие IgE-АТ *in vivo*; исследование показано следующим группам пациентов:

◆ С плохо контролируемыми симптомами (персистирующие назальные симптомы и/или неадекватный клинический ответ на интраназальные ГКС).

◆ С неуточненным диагнозом, основанным на данных анамнеза и физикального обследования.

◆ С сопутствующей персистирующей БА и/или рецидивирующим синуситом или отитом.

Кожное тестирование — быстрый, безопасный и недорогой метод исследования, подтверждающий наличие IgE-АТ. При постановке кожных проб с бытовыми, пыльцевыми и эпидермальными аллергенами реакцию оценивают через 20 мин по размерам папулы и гиперемии. За 7–10 дней до постановки кожных проб следует отменить антигистаминные препараты. Кожное тестирование должен проводить специально обученный медицинский персонал. Конкретный набор аллергенов для тестирования варьирует в зависимости от предполагаемой чувствительности к аллергенам и географической зоны.

Иммуноаллергосорбентный тест

Иммуноаллергосорбентный тест — менее чувствительный и более дорогостоящий (по сравнению с кожными пробами) метод обнаружения специфических IgE-АТ в сыворотке крови. У 25% больных с положительными кожными пробами результаты аллергосорбентного теста отрицательны. Учитывая это, данный метод имеет ограниченное применение в диагностике аллергического ринита. Отменять антигистаминные препараты перед проведением исследования не нужно^А.

Дополнительные методы исследования (не рекомендуются для рутинного применения)

◆ Цитологическое исследование мазков из полости носа — доступный и недорогой метод, предназначенный для выявления эозинофилов (проводят при обострении заболевания). Практическое применение метода ограничено, так как появление эозинофилов в назальном секрете возможно при других заболеваниях (БА, полипы носа в сочетании с БА или без нее, неаллергический ринит с эозинофильным синдромом).

◆ Определение содержания эозинофилов и концентрации IgE в крови имеют низкую диагностическую значимость.

◆ Провокационные пробы с аллергенами в детской клинической практике имеют ограниченное применение, выполняются только специалистами (аллергологами) в специализированных медицинских учреждениях аллергологического профиля.

◆ Рентгенографию (компьютерную томографию) околоносовых пазух проводят при подозрении на синусит.

◆ Эндоскопическое исследование носовой полости/носоглотки после консультации ЛОР-врача проводят для исключения других причин затруднения носового дыхания (наличие инородного тела, искривления носовой перегородки и др.).

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА

◆ Острый инфекционный ринит при ОРВИ проявляется заложенностью носа, ринореей, чиханьем. Назальные симптомы преобладают на 2–3-й день и угасают к 5-му дню заболевания. Симптомы, сохраняющиеся более 2 нед, могут свидетельствовать о наличии аллергического ринита.

♦ Вазомоторный (идиопатический) ринит — одна из наиболее распространенных форм неаллергических ринитов. Характерна постоянная заложенность носа, усиливающаяся при перепадах температуры, влажности воздуха и при резких запахах. Существует гиперсекреторный вариант с персистирующей ринореей для которого характерны незначительный зуд носа, чихание, головные боли, аносмия, синуситы. Наследственность по аллергическим заболеваниям не отягощена, также не характерна сенсibilизация к аллергенам. При риноскопии, в отличие от аллергического ринита, для которого характерны цианоз, бледность, отек слизистой оболочки, выявляют ее гиперемию, вязкий секрет (табл. 1).

♦ Медикаментозный ринит — результат длительного применения сосудосуживающих назальных препаратов, а также вдыхания кокаина. Отмечают постоянную назальную обструкцию, при риноскопии слизистая оболочка ярко-красного цвета. Характерен положительный ответ на терапию интраназальными ГКС, которые необходимы для успешной отмены препаратов, вызывающих данное заболевание.

♦ Неаллергический ринит с эозинофильным синдромом характеризуется наличием выраженной назальной эозинофилии, отсутствием положительного аллергологического анамнеза, отрицательными результатами кожного тестирования. Отмечают персистирующие симптомы, слабо выраженное чихание и зуд, склонность к образованию назальных полипов, отсутствие адекватного ответа на терапию антигистаминными препаратами, хороший эффект при применении интраназальных ГКС^А.

♦ Односторонний ринит предполагает наличие назальной обструкции в результате инородного тела, опухоли, полипов носа, которые возможны при неаллергическом рините с эозинофильным синдромом, хроническом бактериальном синусите, аллергическом грибковом синусите, аспериновой астме, муковисцидозе и синдроме неподвижности ресничек эпителия. Одностороннее поражение или полипы носа для неосложненного аллергического ринита не характерны.

♦ Назальные симптомы характерны для некоторых системных заболеваний, в частности для гранулематоза Вегенера, который проявляется постоянной ринореей, наличием гнойного/геморрагического отделяемого, язвами в полости рта и/или носа, полиартралгией, миалгией, болями в области околоносовых пазух.

ЛЕЧЕНИЕ

Цели лечения

Основная цель терапии — облегчение симптомов болезни. Комплекс терапевтических мероприятий включает элиминацию аллергенов, лекарственную терапию, специфическую иммунотерапию и обучение пациентов.

Показания к госпитализации

Лечение аллергического ринита проводят в амбулаторных условиях.

Элиминация аллергенов (уменьшение контактов с причинно-значимыми аллергенами — основная цель немедикаментозной терапии)

Лечение аллергического ринита начинают с выявления возможных причинно-значимых аллергенов, после

Таблица 1. Дифференциальная диагностика аллергического и вазомоторного ринита

Клинические критерии	Аллергический ринит	Вазомоторный ринит
Особенности анамнеза	Начинается с раннего детства	Начинается в старшем возрасте
Контакт с причинно-значимым аллергеном	Пыльца растений, домашняя пыль и др.	Аллерген не выявляют
Сезонность заболевания	Может носить сезонный характер	Сезонность нехарактерна
Эффект элиминации	Присутствует	Отсутствует
Другие аллергические заболевания	Часто присутствуют	Отсутствуют
Наследственная предрасположенность	Часто присутствуют	Отсутствует
Другие критерии	Анатомические дефекты выявляют редко; сочетание с конъюнктивитом, БА, атопическим дерматитом, аллергической крапивницей	Развитию вазомоторного ринита часто предшествуют длительное применение сосудосуживающих капель, искривление или дефект носовой перегородки
Риноскопия	Слизистая оболочка бледно-розовая (вне обострения), цианотичная отечная (при обострении)	Слизистая оболочка синюшная, мраморная, пятна Воячека, гипертрофия слизистой оболочки
Кожные тесты	Положительные с причинно-значимыми аллергенами	Отрицательные
Содержание эозинофилов в крови	Часто повышено	Обычно нормальное
Концентрация общего IgE в крови	Повышена	В пределах нормы
Эффект применения антигистаминных препаратов/местных ГКС	Выраженный положительный	Отсутствует или менее выражен (ГКС могут быть эффективными при этом заболевании)

элиминации которых в большинстве случаев симптомы ринита уменьшаются.

Выделяют следующие основные группы аллергенов, вызывающих аллергический ринит.

- ◆ Группа пыльцевых аллергенов (пыльца деревьев, злаковых и сорных трав).
 - В сезон цветения для элиминации аллергенов рекомендуют держать закрытыми окна и двери в помещении и автомобиле, использовать системы кондиционирования воздуха в помещении, ограничить время пребывания на улице. После прогулки желательно принять душ или ванну для удаления пыльцы с тела и предупреждения загрязнения белья.
- ◆ Споры плесневых грибов.
 - При аллергии на споры плесневых грибов рекомендуют часто убирать помещения, в которых возможен рост плесени, тщательно очищать увлажнители воздуха, вытяжки для удаления пара, применять фунгициды, поддерживать относительную влажность в помещении менее 40%.
- ◆ Клещи домашней пыли, насекомые (тараканы, моль и блохи). В наибольшей концентрации аллергены клещей домашней пыли обнаруживают в коврах, матрацах, подушках, мягкой мебели, одежде (преимущественно в детской), мягких игрушках. Экскременты клещей являются основным аллергеном в составе домашней пыли. Элиминационные мероприятия следующие:
 - Ковровые покрытия заменяют на легко моющиеся, предпочтение отдают деревянной и кожаной мебели.
 - Постельные принадлежности стирают в горячей воде (не менее 60°C), не реже 1 раза в неделю.
 - Использование специальных противоклещевых постельных принадлежностей, чехлов на матрацах, не пропускающих аллергены, способствует уменьшению концентрации клещей домашней пыли, но не приводит к значительному снижению симптомов аллергического ринита^А.
 - Относительную влажность в квартире поддерживают на уровне не выше 40%.
 - Использование очистителей воздуха неэффективно для удаления клещевых аллергенов.
 - Используют пылесос со встроенным HEPA-фильтром и пылесборниками с толстыми стенками.
 - Для уничтожения клещей используют специальные химические препараты — акарициды (например, для ковровых покрытий — раствор, содержащий бензил бензоат, для мягкой мебели — 3% раствор танниновой кислоты). Акарициды эффективны при их регулярном применении.
 - Для удаления тараканов рекомендуют обработку инсектицидами специально обученным персоналом.

◆ Аллергены животных. Элиминационные мероприятия следующие.

- Избавиться от домашних животных^А.
- При невозможности удаления исключить нахождение животного в спальне ребенка.
- Ежедневное купание животного способствует уменьшению количества аллергенов, но польза от данного мероприятия остается сомнительной.
- Использование HEPA-фильтров уменьшает количество аллергенов в помещении, но менее эффективно, чем удаление животного.
- Клинического улучшения следует ожидать через длительное время (недели) после элиминации аллергенов.
- ◆ Пищевые аллергены могут вызывать ринорею у детей раннего возраста.

Лекарственная терапия

Если элиминация аллергенов не приводит к уменьшению выраженности симптоматики, начинают лекарственную терапию^А.

Противовоспалительные препараты

Местные (интраназальные) ГКС — препараты выбора в лечении аллергического ринита; они эффективно уменьшают выраженность таких симптомов, как зуд, чихание, ринорея и заложенность носа. Интраназальные ГКС благодаря выраженному противовоспалительному эффекту более эффективны, чем интраназальные кромоны и системные антигистаминные препараты. Клиническое начало действия интраназальных ГКС приходится на 2–3-й день лечения, максимальный эффект развивается ко 2–3-й неделе и сохраняется на протяжении всего курса лечения. Для достижения контроля над заболеванием рекомендуют их регулярное и продолжительное применение. Современные интраназальные ГКС, такие как мометазон и флутиказон, предпочтительны для применения в педиатрической практике. Они адекватно контролируют симптомы аллергического ринита и хорошо переносятся. К преимуществам этих препаратов относится возможность их применения 1 раз в сутки и минимальная системная абсорбция (< 0,1 и 2% соответственно). Побочные эффекты возникают в 5–10% случаев, среди местных эффектов наиболее распространены чихание, жжение, раздражение слизистой оболочки носовой полости, которые обычно выражены минимально и не требуют отмены препарата. В редких случаях при неправильном применении интраназальных ГКС (распылении на область перегородки носа) может произойти перфорация носовой перегородки (табл. 2). В многочисленных

Таблица 2. Эффект различных групп ЛС на отдельные симптомы аллергического ринита

	Чихание	Выделения из носа	Зуд в носу	Заложенность носа
Антигистаминные препараты	+++	++	+++	+/-
Интраназальные ГКС	+++	+++	+++	++
Кромоны	+	+	+	+/-
Деконгестанты	–	–	–	+++

ЭРИУС®

Дезлоратадин

ТРОЙНАЯ ЗАЩИТА ПРОТИВ АЛЛЕРГИЧЕСКОГО РИНИТА И КРАПИВНИЦЫ*



Для
пациентов с
аллергическим
ринитом или
крапивницей

ЭРИУС - тройной контроль*

АНТИГИСТАМИННЫЙ
ПРОТИВОАЛЛЕРГИЧЕСКИЙ
ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫЙ

ЭРИУС®
Дезлоратадин



КРАТКАЯ ИНСТРУКЦИЯ ПО МЕДИЦИНСКОМУ ПРИМЕНЕНИЮ

Таблетки, покрытые оболочкой содержат 5 мг дезлоратадина. В 1 мл сиропа — 0,5 мг дезлоратадина.

Неседативный антигистаминный препарат, блокатор H-1 гистаминовых рецепторов, ингибирует ИЛ 4, 6, 8, 13, RANTES, простагландин D₂, лейкотриен C₄ и др. провоспалительные медиаторы, обладает противоаллергическим, противовоспалительным, противозудным и противозаксудативным действием. Активный метаболит лоратадина. Начинает действовать через 30 мин., продолжительность действия составляет 24 часа. Период полувыведения составляет 27 часов.

Показания к применению: сезонный и круглогодичный аллергический риниты, хроническая идиопатическая крапивница.

Противопоказания: гиперчувствительность к компонентам препарата или лоратадину, беременность или лактация, детский возраст до 1 года. Для взрослых и детей от 1 года может применяться ЭРИУС® сироп.

У детей от 1 года до 12 лет применяется только ЭРИУС® сироп. С осторожностью применять при тяжелой почечной недостаточности.

Дозы: детям от 1 до 5 лет 1,25 мг/сут (2,5 мл сиропа), детям от 6 до 11 лет — 2,5 мг/сут (5 мл сиропа), взрослым и подросткам с 12 лет по 1 таблетке (5 мг) или 10 мл сиропа (5 мг) 1 раз в сутки независимо от приема пищи.

Побочное действие: редко утомляемость, сухость во рту, головная боль; очень редко — тахикардия, сердцебиение, повышение активности ферментов печени, повышение концентрации билирубина, аллергические реакции. Частота возникновения сонливости не отличается от группы плацебо.

Взаимодействие: клинически значимых взаимодействий не выявлено. Не усиливает действия алкоголя на ЦНС. В рекомендованной дозе не влияет на способность к вождению транспортных средств и управлению механизмами.

Подробную информацию о препарате см. в инструкции по медицинскому применению.

* хроническая или идиопатическая крапивница

 **Schering-Plough**

Шеринг-Плау Централ Ист АГ. Россия, 119049, Москва, ул. Шаболовка, д. 10, стр. 2, Тел.: (495) 916-71-00. Факс: (495) 916-70-94

исследованиях у детей показано, что применение современных интраназальных ГКС (мометазон, флутиказон) в терапевтических дозах не влияет на рост и гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковую систему^А. Доказано, что мометазон не оказывает побочных системных эффектов даже при длительном (1 год) применении. Учитывая данные отдельных клинических исследований, свидетельствующие о задержке роста детей 3–9 лет при применении беклометазона и задержке роста нижних конечностей у детей при применении будесонида, данные стероиды нежелательно применять в педиатрической практике.

Доказано профилактическое действие мометазона на течение сезонного аллергического ринита. При применении препарата в терапевтической дозировке за месяц до предполагаемого цветения количество дней, свободных от аллергических проявлений, значительно увеличивается.

Для повышения эффективности интраназальных ГКС рекомендуют очищение носовой полости от слизи перед введением препаратов, а также использование увлажняющих средств.

♦ Мометазон применяют у детей с 2-летнего возраста, назначают по 1 инсуффляции (50 мкг) в каждую половину носа 1 раз в сутки.

♦ Флутиказон разрешен к применению у детей с 4 лет, назначают по 1 дозе (50 мкг) в каждую половину носа.

♦ Беклометазон разрешен к применению с 6 лет, назначают по 1–2 ингаляции (50–100 мкг) 2–4 раза в сутки в зависимости от возраста.

♦ Будесонид разрешен к применению у детей с 6 лет, назначают по 1 дозе (50 мкг) в каждую половину носа 1 раз в сутки, максимальная суточная доза 200 мкг.

Мометазон (Назонекс) имеет оптимальный профиль эффективности/безопасность в классе интраназальных кортикостероидов. Благодаря своим фармакологическим свойствам, наиболее высокой липофильности и конечной вязкости мометазона фураат быстро проникает в слизистую полости носа, практически не стекает по задней стенке глотки и оказывает максимальное действие в очаге воспаления. Это обуславливает высокую местную противовоспалительную активность и системную безопасность препарата. По данным сравнительного рандомизированного исследования, мометазон был более эффективен в отношении устранения заложенности носа и ринореи при продолжительном лечении круглогодичного аллергического ринита, чем флутиказон. Мометазон имеет наименьшую и клинически незначимую биодоступность менее 0,1%.

Системные ГКС (перорально или парентерально) уменьшают выраженность симптомов аллергического ринита, но, учитывая возможность развития системных побочных эффектов, их применение в лечение аллергического ринита у детей весьма ограничено.

Антигистаминные препараты второго поколения являются базовой терапией аллергического ринита вне зависимости от степени его тяжести. Это связано с тем, что аллергический ринит является системным заболеванием, которое часто ассоциируется с другими проявлениями аллергии — бронхиальной астмой/ гиперреактивностью бронхов, крапивницей, атопическим

дерматитом. Кроме того, в клинических исследованиях показано, что при средне-тяжелой и тяжелой форме заболевания монотерапия интраназальными ГКС не всегда достаточно эффективна (в дополнительном назначении антигистаминных препаратов нуждается более 50% пациентов).

Антигистаминные препараты

Антигистаминные препараты системного действия предотвращают и уменьшают такие симптомы аллергического ринита, как зуд, чихание, ринорея, но менее эффективны в отношении назальной обструкции. Возможность развития тахифилаксии при приеме антигистаминных препаратов второго поколения отсутствует.

Антигистаминные препараты первого поколения (хлоропирамин, мебгидролин, клемастин) в лечении аллергического ринита применяют редко из-за наличия выраженного седативного и антихолинергического побочных эффектов. Антигистаминные препараты 1 поколения нарушают когнитивные функции: концентрацию внимания, память и способность к обучению.

Антигистаминные препараты второго поколения, такие как дезлоратадин, лоратадин и фексофенадин, не проникают через гематоэнцефалический барьер и в терапевтических дозах не обладают седативным эффектом, не влияют на концентрацию внимания, память и способность к обучению.

Цетиризин и левоцетиризин проходят через гематоэнцефалический барьер в меньшей степени, чем антигистаминные препараты 1 поколения, в терапевтических дозах могут вызывать седацию (в 15% и 5–6% случаев, соответственно).

♦ Дезлоратадин применяют у детей с 1 до 5 лет по 1,25 мг (2,5 мл), с 6 до 11 лет по 2,5 мг (5 мл) 1 раз в сутки в форме сиропа, старше 12 лет — 5 мг (1 таблетка или 10 мл сиропа) 1 раз в сутки.

♦ Лоратадин применяют у детей старше 2 лет. Детям с массой тела менее 30 кг препарат назначают по 5 мг 1 раз в сутки, детям с массой тела более 30 кг — по 10 мг 1 раз в сутки.

♦ Цетиризин детям от 1 года до 6 лет назначают по 2,5 мг 2 раза в день или 5 мг один раз в день в виде капли, детям старше 6 лет — по 10 мг однократно или по 5 мг 2 раза в день.

♦ Фексофенадин применяют у детей 6–12 лет по 30 мг 1 раз в сутки, старше 12 лет — 120–180 мг 1 раз в сутки. Дезлоратадин — наиболее изученный антигистаминный препарат у пациентов с аллергическим ринитом, единственный в группе, имеющий уровень доказательств 1а. Во всех многочисленных клинических исследованиях дезлоратадин продемонстрировал высокую эффективность в отношении всех симптомов аллергического ринита, в том числе заложенности носа, а также сопутствующих глазных и бронхиальных симптомов (у больных с сопутствующим аллергическим конъюнктивитом и астмой).

В отношении уменьшения выраженности симптомов аллергического ринита антигистаминные препараты менее эффективны, чем интраназальные ГКС, и сопоставимы с кромоном или даже превосходят их. При легком аллергическом рините антигистаминные препараты 2 поколения могут использоваться в качестве моноте-

рапии. При средне-тяжелом и тяжелом аллергическом рините оправдано добавление к терапии интраназальными ГКС антигистаминных препаратов 2 поколения. Интраназальные антигистаминные препараты (азеластин) эффективны при лечении сезонного и круглогодичного аллергического ринита. При их применении возможны жжение в носу, горький и металлический привкус во рту. Азеластин применяют у детей старше 5 лет в форме назального спрея по 1 инсuffляции 2 раза в день.

Кромоны

Кромоглициевая кислота менее эффективна, чем интраназальные ГКС, но более эффективна, чем плацебо, в лечении аллергического ринита. Препарат применяют у детей с аллергическим ринитом легкого течения в форме назальных спреев по 1–2 инсuffляции в каждый носовой ход 4 раза в день. Кромоглициевая кислота — препарат первого выбора у детей до 3 лет, второго выбора — у детей старше 3 лет. Наиболее эффективно профилактическое применение препарата (перед контактом с аллергенами). Побочные эффекты выражены минимально.

Комбинированная терапия

Для пациентов со среднетяжелым и тяжелым течением заболевания или при неэффективности начальной терапии возможно назначение комбинированной терапии, которая может включать интраназальные ГКС и антигистаминные препараты 2 поколения или кромоглициевую кислоту. Комбинированная терапия антигистаминными препаратами второго поколения и интраназальными глюкокортикостероидами способствует достижению эффекта при использовании более низких доз стероидов.

Препараты для облегчения симптомов

Деконгестанты

Интраназальные сосудосуживающие препараты (нафазолин, оксиметазолин, ксилометазолин) для лечения аллергического ринита у детей не рекомендуется применять более 3–7 дней в связи риском развития системных побочных эффектов и тахифилаксии, которая проявляется рикошетным отеком слизистой оболочки носа. При длительном применении препаратов этой группы развивается медикаментозный ринит. Допустимо применение сосудосуживающих препаратов у больных с выраженной заложенностью носа перед назначением интраназальных ГКС в течение не более 1 нед.

Увлажняющие средства

Данная группа препаратов способствует увлажнению и очищению слизистой оболочки носа.

Аллергенспецифическая иммунотерапия

Этот метод лечения заключается в введении возрастающих доз аллергена, к которому у больного выявлена повышенная чувствительность. Применяют для лечения аллергического ринита, связанного с гиперчувствительностью к пыльце растений и к клещам домашней пыли^A, а также, но с меньшим эффектом, при сенсibilизации к аллергенам животных и плесени. Аллергенспецифичес-

кую иммунотерапию проводят при неэффективности элиминационных мероприятий и медикаментозной терапии или при наличии нежелательных побочных эффектов от используемых препаратов. Применяют у детей старше 5 лет. Продолжительность лечения составляет от 3 до 5 лет. Аллергенспецифическую иммунотерапию проводят по индивидуально составленной схеме, под контролем врача-аллерголога. Пациенты, получающие аллерген парентерально, должны находиться под наблюдением врача в течение 30–60 мин после инъекции (возможное время развития побочных реакций).

Другие виды терапии

Хирургическое лечение

Показания:

- необратимые формы гипертрофии носовых раковин, развившиеся на фоне аллергического ринита;
- истинная гиперплазия глоточной миндалины, существенно нарушающая носовое дыхание и/или сопровождающаяся нарушением слуха;
- аномалии внутриносовой анатомии;
- патология придаточных пазух носа, которая не может быть устранена иным путем.

Обучение пациента

- ◆ Предоставление подробной информации об элиминационных мероприятиях.
- ◆ Ознакомление с современными методами терапии и возможными побочными эффектами.
- ◆ Ознакомление с различными мерами профилактики обострений аллергического ринита (предсезонная профилактика, перед предполагаемым контактом с аллергеном).
- ◆ Проведение алергошкол, предоставление методических материалов и пособий.

Тактика дальнейшего ведения

Кратность наблюдения больного с аллергическим ринитом:

- педиатр: при обострении по клиническим показаниям, в основном 1 раз в 5–7 дней; вне обострения — 1 раз в 6 месяцев;
- аллерголог: вне обострения — 1 раз в 3–6 месяцев.

Показания к консультации других специалистов

Пациента следует направить к специалисту (аллерголог, ЛОР-врач) в следующих случаях.

- ◆ Неэффективность пероральной/интраназальной лекарственной терапии.
- ◆ Среднетяжелые и тяжелые персистирующие симптомы.
- ◆ Необходимость проведения кожного тестирования/радиоаллергосорбентного теста для идентификации причинно-значимых аллергенов с целью выполнения элиминационных мероприятий и решения вопроса о проведении аллергенспецифической иммунотерапии.
- ◆ Наличие сопутствующих заболеваний, таких как атопический дерматит, БА, хронический/рецидивирующий риносинусит.
- ◆ Любые тяжелые аллергические реакции, вызывающие беспокойство ребенка и родителей.