

Л.С. Намазова, Ю.Г. Левина, А.Г. Сурков, К.Е. Эфендиева, И.И. Балаболкин, М.Р. Богомильский, Н.И. Вознесенская, О.В. Карнеева

Аллергический ринит

НАСТОЯЩИЕ КЛИНИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО НАИБОЛЕЕ РАСПРОСТРАНЕННЫМ ДЕТСКИМ БОЛЕЗНЯМ РАЗРАБОТАНЫ СОЮЗОМ ПЕДИАТРОВ РОССИИ В ПЕРИОД С СЕНТЯБРЯ 2004 ПО АВГУСТ 2005 ГГ. И НОСЯТ РЕКОМЕНДАТЕЛЬНЫЙ ХАРАКТЕР. КЛИНИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ВКЛЮЧАЮТ АЛГОРИТМЫ ДЕЙСТВИЙ ВРАЧА ПО ДИАГНОСТИКЕ, ЛЕЧЕНИЮ, ПРОФИЛАКТИКЕ И РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ И ПОЗВОЛЯЮТ ВРАЧУ БЫСТРО ПРИНИМАТЬ ОБОСНОВАННЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ РЕШЕНИЯ. ОНИ ПРЕДНАЗНАЧЕНЫ ДЛЯ ВНЕДРЕНИЯ В ПОВСЕДНЕВНУЮ КЛИНИЧЕСКУЮ ПРАКТИКУ НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНЫХ И БЕЗОПАСНЫХ МЕДИЦИНСКИХ ТЕХНОЛОГИЙ (В ТОМ ЧИСЛЕ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ), ПРЕПЯТСТВУЮТ ПРИНЯТИЮ РЕШЕНИЙ О НЕОБОСНОВАННЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВАХ И, ТАКИМ ОБРАЗОМ, СПОСОБСТВУЮТ ПОВЫШЕНИЮ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ. КРОМЕ ТОГО, КЛИНИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ СТАНОВЯТСЯ ОСНОВОПОЛАГАЮЩИМ ДОКУМЕНТОМ, НА ОСНОВАНИИ КОТОРОГО СТРОИТСЯ СИСТЕМА НЕПРЕРЫВНОГО МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ.

Аллергический ринит - воспалительное заболевание, проявляющееся комплексом симптомов в виде насморка с заложенностью носа, чиханьем, зудом, ринореей, отёком слизистой оболочки носа.

МКБ-10: J30.1 – Аллергический ринит, вызванный пыльцой растений; **J30.2** – Другие сезонные аллергические риниты; **J30.3** – Другие аллергические риниты; **J30.4** – Аллергический ринит неуточнённый.

Аббревиатуры: РАСТ – радиоаллергосорбентный тест; НАРЭС – неаллергический ринит с эозинофильным синдромом; АСИТ – аллергенспецифическая иммунотерапия.

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

Аллергический ринит – широко распространённое заболевание. Так, частота симптомов аллергического ринита в различных регионах Российской Федерации составляет 18-38% [1–5]. В США различными формами аллергического ринита страдают 20–40 млн людей, распространённость заболевания среди детского населения достигает 40%. Чаще болеют мальчики. В возрастной группе до 5 лет распространённость аллергического ринита наиболее низкая, подъём заболеваемости отмечают в раннем школьном возрасте [6–8].

ПРОФИЛАКТИКА

Первичную профилактику проводят в общей популяции, в первую очередь у детей из группы риска (с отягощённой наследственностью по атопическим заболеваниям). Первичная профилактика включает в себя следующие мероприятия.

- Соблюдение беременной женщиной рациональной диеты. При наличии у неё аллергических реакций из диеты исключают высокоаллергенные продукты
 - Устранение профессиональных вредностей с первого месяца беременности
 - Приём лекарственных средств (ЛС) только по строгим показаниям
 - Прекращение активного и пассивного курения как фактора, способствующего ранней сенсибилизации ребёнка.
 - Естественное вскармливание – важнейшее направление в профилактике реализации атопической предрасположенности. Грудное вскармливание необходимо сохранить как минимум до 4–6-го месяца жизни. Целесообразно исключение из рациона цельного коровьего молока. Не рекомендуют ранее (до 4 мес) введение прикорма
 - Элиминационные процедуры (см. ниже раздел «Лечение»).
- Вторичная профилактика направлена на предотвращение манифестации аллергического ринита у сенсибилизиро-

ванных детей и включает следующие мероприятия

- Контроль за состоянием окружающей среды
- Превентивную терапию антигистаминными препаратами
- АСИТ
- Профилактику респираторных инфекций как триггеров аллергии, в том числе систему оздоровления, направленную на повышение естественных факторов защиты (закаливание, массаж, ЛФК, спортивные занятия)
- Образовательные программы

Основная цель третичной профилактики – предупреждение тяжёлого течения аллергического ринита и предотвращение развития бронхиальной астмы. Уменьшение частоты и продолжительности обострений достигается с помощью наиболее эффективных и безопасных ЛС, а также элиминацией аллергенов [9].

СКРИНИНГ

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.

При сезонном аллергическом рините симптоматика возникает во время цветения растений (деревьев и трав), выделяющих причинные аллергены.

При персистирующем аллергическом рините симптомы отмечают более чем 2 ч в день или не менее 9 мес в год^а [10]. Персистирующий аллергический ринит обычно развивается при сенсибилизации к бытовым аллергенам (клещи домашней пыли, тараканы, перхоть животных).

ДИАГНОСТИКА

Диагноз аллергического ринита устанавливают на основании данных анамнеза, характерных клинических симптомах и выявлении аллерген-специфических антител АТ класса IgE.

Анамнез и физикальное обследование

При сборе анамнеза необходимо уточнить наличие аллергических заболеваний у родственников, характер, частоту, продолжительность, тяжесть симптомов, наличие/отсутствие сезонности, ответ на терапию, наличие у пациента других аллергических заболеваний, провоцирующие факторы.

При физикальном обследовании необходимо провести риноскопию (осмотр носовых ходов, слизистой оболочки полости носа, секрета, носовых раковин и перегородки). У больных с аллергическим ринитом слизистая оболочка обычно бледная, цианотично-серая, отёчная. Характер секрета слизистый и водянистый. При хроническом или тяжёлом остром аллергическом рините обнаруживают поперечную складку на спинке носа, образующуюся у детей в результате «аллергического салюта» (потирание кончика носа для облегчения симптомов назальной обструкции и зуда). Хроническая назальная обструкция приводит к формированию характерного «аллергического лица» (тёмные круги под глазами, нарушение развития лицевого черепа, включающее неправильный прикус, дугообразное нёбо, уплощение моляров) [6–8].

Лабораторные и инструментальные исследования

Кожное тестирование и РАСТ 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 контролируемые симптомами (персистирующие назальные симптомы и/или неадекватный клинический ответ на интраназальные глюкокортикоиды (ГК).
- С неуточнённым диагнозом, основанным на данных анамнеза и физикального обследования.
- С сопутствующей персистирующей бронхиальной астмой и/или рецидивирующим синуситом или отитом.

Кожное тестирование - быстрый, безопасный и недорогой метод исследования, подтверждающий наличие IgE-АТ^a [11]. При постановке кожных проб с бытовыми, пыльцевыми и эпидермальными аллергенами реакцию оценивают через 20 мин по размерам папулы и гиперемии [12]. 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 возраста пациента, предполагаемой чувствительности к аллергенам и географической зоны.

Радиоаллергосорбентный тест

РАСТ - 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 РАСТ отрицательны. Учитывая это, РАСТ имеет ограниченное применение в диагностике аллергического ринита. Отменять антигистаминные препараты перед проведением РАСТ не нужно^a [6–8].

Другие методы исследования

• Цитологическое исследование мазков из полости носа – доступный и недорогой метод, предназначенный для выявления эозинофилов^p (проводят при обострении заболевания). Практическое применение метода ограничено, так как появление эозинофилов в назальном секрете возможно как при аллергическом рините, так и при других заболеваниях (бронхиальная астма без симптомов аллергического ринита, полипы носа в сочетании с бронхиальной астмой или без неё, НАРЭС). Количество эозинофилов в назальном секрете коррелирует с тяжестью симптомов аллергического ринита.

- Определение содержания эозинофилов и концентрации IgE в крови имеют низкую диагностическую значимость^p.
- Провокационные пробы с аллергенами в клинической практике имеют ограниченное применение.
- Рентгенографию околоносовых пазух проводят при подозрении на синусит.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА

• Острый инфекционный ринит при ОРЗ 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 распространённых форм неаллергических ринитов. У больных с данной патологией отмечают дисбаланс вегетативной нервной системы [13]. Характерна постоянная заложенность носа, усиливающаяся при перепадах температуры, влажности воздуха и при резких запахах. Существует гиперсекреторный вариант с персистирующей ринореей [14]. Характерны незначительный зуд носа, чихание, головные боли, anosmia, 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, отёк слизистой оболочки, выявляют её гиперемию, вязкий секрет. Положительные результаты кожного тестирования и повышение количества эозинофилов в назальном секрете для вазомоторного ринита не характерны.

• 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 ГК, которые необходимы для успешной отмены препаратов, вызывающих данное заболевание.

• НАРЭС характеризуется наличием выраженной назальной эозинофилии, отсутствием положительного аллергологического анамнеза, отрицательными результатами кожного тестирования. При НАРЭС отмечают персистирующие симптомы, слабо выраженное чихание и зуд носовой полости, склонность к образованию назальных полипов, отсутствие адекватного ответа на терапию антигистаминными препаратами, хороший эффект при применении интраназальных ГК^a[15].

• Односторонний ринит предполагает наличие назальной обструкции в результате инородного тела, опухоли, полипов носа, которые возможны при НАРЭС, хроническом бактериальном синусите, аллергическом грибковом синусите, аспириновой астме, муковисцидозе и синдроме неподвижности ресничек эпителия. Одностороннее поражение или полипы носа для неосложнённого 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 дополнительных пазух полости носа.

ЛЕЧЕНИЕ

Цели лечения

Основная цель терапии – облегчение симптомов заболевания [6–8]. Комплекс терапевтических мероприятий

включает контроль за окружающей средой (элиминация аллергенов), лекарственную терапию и специфическую иммунотерапию.

Показания к госпитализации

Лечение аллергического ринита проводят в амбулаторных условиях.

Немедикаментозное лечение

Элиминация аллергенов

Лечение аллергического ринита начинают с выявления возможных причинно-значимых аллергенов, после 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). Существует определённая последовательность цветения (и, соответственно, выделения пыльцы) растений. Так, для средней полосы России характерно цветение деревьев в апреле-мае, злаковых трав с конца мая по конец июля, сорных трав с конца июля по октябрь.
- ♦ 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 желательнее принять душ или ванну для удаления пыльцы с волос и кожи и предупреждения загрязнения постельного 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 50%.
- 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 деревянный пол или паркет, легко моющийся линолеум, предпочтение отдают деревянной и кожаной мебели [16].
 - ♦ Постельные принадлежности стирают в горячей воде (не менее 60 °С), не реже 1 раза в неделю [17].
 - ♦ 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[18].
 - ♦ Относительную влажность в квартире поддерживают на уровне не выше 50%.
 - ♦ Использование очистителей воздуха неэффективно для удаления клещевых аллергенов.
 - ♦ Используют пылесос со встроенным HEPA-фильтром и пылесборниками с толстыми стенками [19].
 - ♦ 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 [20].
 - ♦ 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 ребёнка [21].
- ♦ Ежедневное купание животного способствует уменьшению количества аллергенов, но польза от данного мероприятия остаётся сомнительной.
- ♦ Использование HEPA-фильтров уменьшает количество аллергенов в помещении, но менее эффективно, чем удаление животного [22].
- ♦ Клинического улучшения следует ожидать через длительное время (недели) после элиминации аллергенов. Например, для полного удаления аллергенов кошки требуется 20 нед [23].
- Пищевые аллергены могут вызывать ринорею у детей раннего возраста

Лекарственная терапия

Если элиминация аллергенов не приводит к уменьшению выраженности симптоматики, начинают лекарственную терапию (см. таблицу).

Эффект различных групп ЛС на отдельные симптомы аллергического ринита

ЛС	Симптомы заболевания			
	Чихание	Выделения из носа	Зуд в носу	Заложенность носа
Антигистаминные препараты	+++	++	+++	+/-
Интраназальные ГК	+++	+++	+++	++
Кромоны	+	+	+	+/-
Деконгестанты	–	–	–	+++

Интраназальные глюкокортикоиды

Местные (интраназальные) ГК – препараты выбора в лечении аллергического ринита в настоящее время; они эффективно уменьшают выраженность таких симптомов, как зуд, чиханье, ринорея, заложенность носа. Начало действия интраназальных ГК приходится на 2–3-й день лечения, максимальный эффект развивается ко 2–3-й неделе. Для достижения контроля над заболеванием рекомендуют их регулярное применение. Интраназальные ГК обычно хорошо переносятся. К преимуществам препаратов этой группы относится возможность их применения 1 раз в сутки и минимальная системная абсорбция. Побочные эффекты возникают в 5-10% случаев, среди местных эффектов наиболее распространены чихание, жжение, раздражение слизистой оболочки носовой полости. Однако эти симптомы выражены минимально и не требуют отмены препарата. В редких случаях при неправильном применении интраназальных ГК может произойти перфорация носовой перегородки. В многочисленных исследованиях у детей показано, что применение интраназальных ГК в терапевтических дозах не влияет на рост и гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковую систему^А [24]. Тем не менее интраназальные ГК следует назначать в минимальных суточных дозах и контролировать рост ребёнка. Предпочтительно применение водных растворов, так как они в меньшей степени вызывают раздражение слизистой оболочки носовой полости. Интраназальные ГК благодаря выраженному противово-

спалительному эффекту более эффективны по сравнению с интраназальными кромоном и системными антигистаминными препаратами^а [17, 18]. У большинства пациентов дополнительное назначение антигистаминных препаратов (в том числе в сочетании с деконгестантами) не повышает клинической эффективности. Для повышения эффективности интраназальных ГК рекомендуют очищение носовой полости от слизи перед введением препаратов, а также использование увлажняющих средств.

Мометазон, флутиказон, беклометазон и будесонид адекватно контролируют симптомы аллергического ринита и хорошо переносятся [25-27].

- Мометазон применяют у детей с 2-летнего возраста, назначают по 1 ингаляции (50 мкг) в каждый носовой ход 1 раз в сутки. Применение мометазона приводит к уменьшению симптомов аллергического ринита, повышает качество жизни пациентов и улучшает обонятельную функцию [28].

- Флутиказон разрешён к применению у детей с 4 лет, назначают по 1 дозе (50 мкг) в каждый носовой ход 1 раз в сутки, максимальная суточная доза 200 мкг.

- Беклометазон применяют у детей с 6 лет, назначают по 1–2 ингаляции (50–100 мкг) 2–4 раза в сутки в зависимости от возраста.

- Будесонид разрешён к применению у детей с 6 лет, назначают по 1 дозе (50 мкг) в каждый носовой ход 1 раз в сутки, максимальная суточная доза 200 мкг.

Интраназальные ГК не эффективны в отношении симптомов аллергического конъюнктивита. Системные ГК (перорально или парентерально) уменьшают выраженность симптомов аллергического ринита, но учитывая возможность развития системных побочных эффектов, их применение в лечении аллергического ринита у детей весьма ограничено. Допустимо их применение в случаях тяжёлых проявлений аллергического ринита, при назальных полипах.

Антигистаминные препараты

Антигистаминные препараты системного действия предотвращают и уменьшают такие симптомы, как зуд, чиханье, ринорея, но менее эффективны в отношении назальной обструкции. Возможность развития тахифилаксии при приёме антигистаминных препаратов не подтверждена, таким образом, замена одного антигистаминного препарата другим для повышения эффективности не оправдана.

Антигистаминные препараты первого поколения (хлоропирамин, мебгидролин, клемастин) в лечении аллергического ринита применяют редко из-за наличия седативного (сонливость, снижение активности) и антихолинергического (сухость слизистых оболочек, действие на зрение, мочевыводящую систему) побочных эффектов.

Антигистаминные препараты второго поколения (цетиризин, лоратадин) не проходят через гематоэнцефалический барьер и обладают меньшим седативным эффектом.

- 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 капель, детям старше 6 лет – по 10 мг однократно или по 5 мг 2 раза в день.

- 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.

Из антигистаминных препаратов третьего поколения для лечения аллергического ринита применяют фексофенадин и дезлоратадин.

- Эффективность и безопасность фексофенадина были подтверждены в мультицентровых многонациональных исследованиях у детей с 6 до 11 лет при сезонном аллергическом рините^а [29]. Фексофенадин применяют у детей с 6 лет по 30 мг 1–2 раза в сутки, старше 12 лет – 120 мг 1 раз в сутки.

- Дезлоратадин купирует все назальные симптомы при сезонном аллергическом рините, устойчиво уменьшает заложенность носа, обеспечивает контроль над симптомами на протяжении всего дня и всей ночи, действует быстро, улучшает качество жизни^а[30-32]. Дезлоратадин применяют у детей с 2 до 12 лет по 2,5 мг 1 раз в сутки в форме сиропа, старше 12 лет – 5 мг 1 раз в сутки.

В плане уменьшения выраженности симптомов аллергического ринита антигистаминные препараты менее эффективны, чем интраназальные ГК, и сопоставимы с кромоном, или даже превосходят их. Наиболее эффективно профилактическое применение антигистаминных препаратов (перед контактом с аллергеном). Добавление к терапии интраназальными ГК антигистаминных препаратов оправдано при сопутствующем аллергическом конъюнктивите и атопическом дерматите.

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 инсталляции 2 раза в день.

Кромоны

Кромоглициевая кислота менее эффективна, чем интраназальные ГК, но более эффективна, чем плацебо, в лечении аллергического ринита [24, 33]. Препарат применяют у детей с аллергическим ринитом лёгкого течения в форме назальных спреев по 1–2 инсталляции 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. При назначении кромоглициевой кислоты необходим частый режим дозирования, что иногда негативно сказывается на комплаентности. Частота применения может быть снижена через 2–3 нед после начала лечения. Наиболее эффективно профилактическое применение препарата (перед контактом с аллергенами). Побочные эффекты (раздражение слизистой оболочки носа, чиханье, неприятный вкус) обычно выражены минимально.

Комбинированная терапия

Для пациентов со среднетяжёлым и тяжёлым течением заболевания или при неэффективности начальной терапии возможно назначение комбинированной терапии, которая может включать интраназальные ГК или кромоглициевую кислоту в сочетании с антигистаминными препаратами второго поколения. При достижении положительного эффекта один из компонентов терапии следует отменить.

Деконгестанты

Интраназальные сосудосуживающие препараты (нафазолин, оксиметазолин, ксилометазолин) для лечения аллергического ринита применять не рекомендуется, так как через 3–7 дней их использования развивается тахифилаксия, которая проявляется рикошетным отёком 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 ГК в течение не более 1 недели.

Увлажняющие средства

Данная группа препаратов способствует увлажнению и очищению слизистой оболочки носа. Следует помнить, что некоторые препараты этой группы содержат консервант бензалконий хлорид, который вызывает явления медикаментозного ринита [6–8].

Аллергенспецифическая иммунотерапия

Этот метод лечения заключается в введении возрастающих доз аллергена, к которому у больного выявлена повышенная чувствительность. Его применяют для лечения сезонного аллергического ринита (при сенсibilизации к пыльце деревьев, злаковых и сорных трав) и круглогодичного ринита (при сенсibilизации к клещам домашней пыли)^а [34–37], менее эффективен при сенсibilизации к аллергенам животных и плесени. АСИТ проводят при неэффективности элиминационных мероприятий и медикаментозной терапии или при наличии нежелательных побочных эффектов от фармакотерапии. Применяют у детей старше 5 лет. Продолжительность лечения составляет от 3 до 5 лет. АСИТ 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). Применение АСИТ для лечения аллергического ринита, вызванного сенсibilизацией к клещам домашней пыли, предотвращает развитие сенсibilизации к другим аллергенам и развитие бронхиальной астмы.

Хирургическое лечение

Показания [9]:

- необратимые формы гипертрофии носовых раковин, развившиеся на фоне аллергического ринита;
- истинная гиперплазия глоточной миндалины, существенно нарушающая носовое дыхание;
- аномалии внутриносовой анатомии;
- патология придаточных пазух носа (кисты, хронический гнойный процесс), которая не может быть устранена иным путём.

ОБУЧЕНИЕ ПАЦИЕНТА

- Предоставление подробной информации об элиминационных мероприятиях.
- Ознакомление с современными методами терапии и возможными побочными эффектами.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Ильина Н.И. Аллергический ринит // *Consilium medicum*. – 2000. – № 2(8). – С. 338–344.
2. Ревякина В.А. Современный взгляд на проблему аллергических ринитов у детей // *Лечащий врач*. – 2001. – № 3. – С. 22–27.
3. Ревякина В.А. Эффективность антигистаминного препарата нового поколения «Телфаст» в лечении детей с аллергическим ринитом // *Вопросы современной педиатрии*. – 2002. – № 1(2). – С. 100–101.
4. Ёлкина Т.А. Клинико-эпидемиологическая характеристика аллергозов верхних дыхательных путей у школьников города Новосибирска // Автореф. дис. ... докт. мед. наук. – 2000. – 36 с.
5. Черняк Б.А., Буйнова С.Н., Тяренькова С.В. Аллергические риниты у детей и подростков Восточной Сибири. Распространенность, этиологическая характеристика и взаимосвязь с бронхиальной астмой // *Российская ринология*. – 1998. – №4. – С. 4–10.
6. Baker J.R. (ed.). *Primer on Allergic and Immunologic Diseases* (4th Ed.). JAMA, 1997. – 278 (22). – P. 1799–2034.
7. Stroebel R., Graft D., Takahashi M. et al. Health Care Guideline: Rhinitis. Bloomington, MN: Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI), 2000. [www.icsi.org/guidelst.htm#guidelines] Evidence based guideline and algorithms for treatment of allergic and non-allergic rhinitis.
8. Dykewicz M.S., Fineman S., Nicklas R. et al. Diagnosis and Management of Rhinitis: Parameter Documents of the Joint Task Force on Practice Parameters in Allergy, Asthma, & Immunology. *Annals of Allergy, Asthma, and Immunology*, 1998; 81 (Part II). – P. 463–468.
9. Аллергический ринит у детей: Пособие для врачей. – М., 2002. – С. 68–70.
10. Dykewicz M.S., Fineman S., Skoner D.P. et al. Diagnosis and man-

- Ознакомление с различными мерами профилактики обострений аллергического ринита (предсезонная профилактика, перед предполагаемым контактом с аллергеном).

- Проведение аллергошкол, предоставление методических материалов и пособий.

ПОКАЗАНИЯ К КОНСУЛЬТАЦИИ ДРУГИХ СПЕЦИАЛИСТОВ

Пациента следует направить к специалисту (аллергологу, оториноларингологу) в приведенных ниже следующих случаях.

- Неэффективность пероральной/интраназальной лекарственной терапии.
- Среднетяжёлые и тяжёлые персистирующие симптомы.
- Необходимость проведения кожного тестирования/ПАСТ для идентификации причинно-значимых аллергенов с целью выполнения элиминационных мероприятий и решения вопроса о проведении АСИТ.
- Наличие сопутствующих заболеваний, таких как атопический дерматит, бронхиальная астма, хронический/рецидивирующий риносинусит.
- Любые тяжёлые аллергические реакции, вызывающие беспокойство ребёнка и родителей [6–8].

ДАЛЬНЕЙШЕЕ ВЕДЕНИЕ

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 [9].

ПРОГНОЗ

Своевременная и правильно проведенная комплексная терапия, включающая элиминацию аллергенов, АСИТ и фармакотерапию, позволяет устранить все симптомы аллергического ринита и предотвратить развитие осложнений и формирование бронхиальной астмы [38].

agement of rhinitis: Complete guidelines of the Joint Task Force on Practice Parameters in Allergy, Asthma and Immunology. // *Ann. Allergy Asthma Immunol.* 1998. – V. 81. – P. 478.

11. Bernstein I.L., Storms W.W. Practice parameters for allergy diagnostic testing. Joint Task Force on Practice Parameters for the Diagnosis and Treatment of Asthma. The American Academy of Allergy, Asthma and Immunology and the American College of Allergy, Asthma and Immunology. // *Ann. Allergy Asthma. Immunol.* – 1995. – V. 75. – P. 543.
12. Linna O., Kokkonen J., Lukin M. A 10-year prognosis for childhood allergic rhinitis. // *Acta Paediatr.* – 1992. – V. 81. – P. 100.
13. Togias A., Proud D., Kagey-Sobotka A. et al. Cold dry air (CDA) and histamine (HIST) induce more potent responses in perennial rhinitics compared to normal individuals. // *J. Allergy. Clin. Immunol.* – 1991. – V. 87. – P. 148.
14. Settipane R.A., Lieberman P. Update on nonallergic rhinitis. // *Ann Allergy Asthma Immunol* – 2001. – V. 86. – P. 494.
15. Jacobs R.L., Freedman P.M., Boswell R.N. Nonallergic rhinitis with eosinophilia (NARES syndrome). Clinical and immunologic presentation. // *J. Allergy Clin. Immunol.* – 1981. – V. 67. – P. 253.
16. Warner J.A. Controlling indoor allergens. *Pediatr. Allergy Immunol.* 2000. – V. 11. – P. 208–19.
17. McDonald L.G., Tovey E. The role of water temperature and laundry procedures in reducing house dust mite populations and allergen content of bedding. // *J. Allergy Clin. Immunol.* – 1992. – V. 90. – P. 599–608.
18. Terreehorst I., Hak E., Oosting A.J., Tempels-Pavlica Z. Evaluation of impermeable covers for bedding in patients with allergic rhinitis. // *N. Engl. J. Med.* – 2003. – P. 349–237.
19. Kalra S., Owen S.J., Hepworth J., Woodcock A. Airborne house dust mite antigen after vacuum cleaning [letter]. // *Lancet* 1990. – P. 336–449.

20. Woodfolk J.A., Hayden M.L., Miller J.D. et al. Chemical treatment of carpets to reduce allergen: a detailed study of the effects of tannic acid on indoor allergens. // *J. Allergy Clin. Immunol.* – 1994. – V. 94. – P.19–26.
21. Custovic A., Green R., Fletcher A. et al. Aerodynamic properties of the major dog allergen Can f 1: distribution in homes, concentration, and particle size of allergen in the air. // *Am. J. Respir. Crit. Care Med.* – 1997. – V. 155. – P. 94–8.
22. Green R., Simpson A., Custovic A. et al. The effect of air filtration on airborne dog allergen. // *Allergy* – 1999. – V. 54. – P. 484–8.
23. Wood R.A., Chapman M.D., Adkinson N.F. Jr, Eggleston P.A. The effect of cat removal on allergen content in household-dust samples. *J. Allergy Clin. Immunol.* // 1989. – V. 83. – P. 730–4.
24. Grossman J., Banov C., Bronsky E.A. et al. Fluticasone propionate aqueous nasal spray is safe and effective for children with seasonal allergic rhinitis. // *Cochrane Library.* – 1993. – V. 92. – P. 594–9.
25. Mandl M., Nolop K., Lutsky B.N. Comparison of once daily mometasone furoate (Nasonex) and fluticasone propionate aqueous nasal sprays for the treatment of perennial rhinitis. *Annals of Allergy, Asthma and Immunology, Cochrane library.* – 1997. – V. 79; № 3; P. 237–245.
26. Hebert J.R., Nolop K., Lutsky B.N. Once-daily mometasone furoate aqueous nasal spray (Nasonex(TM)) in seasonal allergic rhinitis: An active- and placebo-controlled study. *Allergy // European Journal of Allergy and Clinical Immunology, Cochrane library.* – 1996. – V. 51 – № 8. – P. 569–576.
27. Fokkens W.J., Cserhati E., dos Santos J.M., Praca F., van Zanten M., Schade A., Simon G. Budesonide aqueous nasal spray is an effective treatment in children with perennial allergic rhinitis, with an onset of action within 12 hours. *Annals of Allergy, Asthma, & Immunology, Cochrane library.* – 2002. – V. 89. – № 3. – P. 279–84.
28. Stuck B., Hummel T., Hecksteden K., et al. Mometasone furoate in the treatment of seasonal allergic rhinitis // *Allergologie, Cochrane library.* – 2003. – V. 26, Issue 5. – P. 196–201.
29. Wahn U., Meltzer E.O., Finn A.F. Jr. et al. Fexofenadine is efficacious and safe in children (aged 6–11 years) with seasonal allergic rhinitis.[erratum appears of *Allergy & Clinical Immunology.* – 2003. – V. 111. – № 4. – P. 763–9.
30. Corren J., Salmun L.M. Quality of life in patients with seasonal allergic rhinitis is improved by desloratadine (abstract). // *Allergy.* – 2000. – 55 (suppl 63). – 191. Abstract 676.
31. Heithoff K., Meltzer E.O., Mellars L., Salmun L.M. Desloratadine improves quality of life in patients with seasonal allergic rhinitis. (abstract). *J. Allergy Clin. Immunol.* 2000 – 105: S383–384. Abstract 1121.
32. Salmun L.M., Lorber R., Danzing M., Staudinger H. Efficacy and safety of desloratadine in seasonal allergic rhinitis (abstract). // *Allergy Clin. Immunol.* – 2000. – 105: S384. Abstract 1123.
33. Van Bavel J., Findlay S.R., Hampel F.C. Jr. et al. Intranasal fluticasone propionate is more effective than terfenadine tablets for seasonal allergic rhinitis. // *Arch. Intern. Med.* – 1994. – V. 154. – P. 2699.
34. Weber R.W. Immunotherapy with allergens. *JAMA* 1997. – V. 278. – P. 1881.
35. Li J.T. Immunotherapy for allergic rhinitis. // *Immunol. Allergy Clin. N. Am.* – P. 2000. – V. 20. – P. 383.
36. Leynadier F., Banoun L., Dollois B. et al. Immunotherapy with a calcium phosphate-adsorbed five-grass-pollen extract in seasonal rhinoconjunctivitis: a double-blind, placebo-controlled study. // *Clin. Exp. Allergy.* – 2001. – V. 31. – P. 988.
37. Walker S.M., Pajno G.B., Lima M.T. et al. Grass pollen immunotherapy for seasonal rhinitis and asthma: A randomized, controlled trial. // *J. Allergy Clin. Immunol.* – 2001. – V. 107. – P. 87.
38. Чучалин А.Г. Рациональная фармакотерапия заболеваний органов дыхания: Руководство для практикующих врачей. – 2004.