

А.К. Геворкян, А.Ю. Томилова, Л.С. Намазова, В.В. Ботвиньева

Научный центр здоровья детей РАМН, Москва

Аллергический ринит: диагностика и лечение

(по материалам образовательной программы для педиатров)

В СТАТЬЕ АВТОРЫ ПРЕДСТАВЛЯЮТ ОДНУ ИЗ НАИБОЛЕЕ РАСПРОСТРАНЕННЫХ АЛЛЕРГИЧЕСКИХ БОЛЕЗНЕЙ У ДЕТЕЙ — АЛЛЕРГИЧЕСКИЙ РИНИТ, ЕГО КЛАССИФИКАЦИЮ, КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ, МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ. БОЛЕЕ ПОДРОБНО РАССМОТРЕНЫ ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ ЭТОЙ ПАТОЛОГИИ, УЧИТЫВАЯ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ФАРМАКОЛОГИЧЕСКОЙ НАУКИ И ПОЯВЛЕНИЕ НОВЫХ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ. ПРИВЕДЕНЫ СПОСОБЫ ПРОФИЛАКТИКИ АЛЛЕРГИЧЕСКОГО РИНИТА.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: АЛЛЕРГИЧЕСКИЙ РИНИТ, РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ, КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ, ДИАГНОСТИКА, ЛЕЧЕНИЕ, ПРОФИЛАКТИКА, ДЕТИ.

Контактная информация:

Геворкян Анна Казаровна,
кандидат медицинских наук,
врач-аллерголог НИИ профилактической
педиатрии и восстановительного лечения
Научного центра здоровья детей РАМН
Адрес: 119991, Москва,
Ломоносовский проспект, д. 2/62,
тел. (499) 134-03-92
Статья поступила 02.09.2007 г.,
принята к печати 25.12.2007 г.

62

Развитие аллергических заболеваний в течение жизни у предрасположенных к атопии лиц получило название «аллергического» или «атопического» марша. Термин этот пришел к нам из иностранной литературы, но, в отличие от других ситуаций, прижился полностью, и многими врачами воспринимается как совершенно отечественный продукт. У детей первыми проявлениями аллергии наиболее часто бывают пищевая аллергия и атопический дерматит. При этом начальные симптомы дерматита, как правило, возникают в грудном возрасте и часто совпадают по времени с введением прикорма или нарушением диеты матерью, страдающей аллергией. В этот период наибольшее значение имеют пищевые аллергены. В дальнейшем формируются аллергические заболевания респираторного тракта — аллергический ринит (АР) и бронхиальная астма (БА), развивается аллергия к бытовым и пыльцевым аллергенам. Частота атопического дерматита и гастроинтестинальных проявлений аллергии с возрастом уменьшается, а респираторной аллергии, наоборот, увеличивается. И у детей школьного возраста, и у подростков преобладают аллергические заболевания органов дыхания — аллергический ринит и бронхиальная астма.

Распространенность аллергии увеличивается из года в год. Так, в период с 1990 по 2000 г. число больных с аллергическими болезнями в мире утроилось. Однако, данные официальной статистики свидетельствуют о гиподиагностике этих болезней. По данным Минздравосцразвития РФ, аллергией страдает около 1% россиян (?!).

АЛЛЕРГИЧЕСКИЙ РИНИТ

(МКБ-10:J30) — воспалительное заболевание аллергической этиологии, проявляющееся комплексом симптомов в виде насморка с заложенностью носа, чиханьем, зудом, ринореей, отеком слизистой оболочки носа.

A.K. Gevorkian, A.Y. Tomilova, L.S. Namazova,
V.V. Botvin'eva

Scientific Center of Children's Health, Russian Academy
of Medical Sciences, Moscow

**Allergic rhinitis:
diagnostics and treatment**
(based on educational program
for pediatricians)

IN THE PRESENTED MATERIALS, THE AUTHORS PRESENT ONE OF THE MOST WIDESPREAD ALLERGIC DISEASES IN CHILDREN — ALLERGIC RHINITIS, ITS CLASSIFICATION, CLINICAL IMPLICATIONS, DIAGNOSTIC TECHNIQUES. THE PRINCIPLES OF TREATMENT FOR THIS PATHOLOGY ARE EXAMINED IN MORE DETAIL, WITH CONSIDERATION OF IMPROVEMENTS IN THE PHARMACOLOGY AND NEWLY APPEARED MEDICATIONS. PROPHYLACTIC MEASURES AGAINST ALLERGIC RHINITIS ARE GIVEN.

KEY WORDS: ALLERGIC RHINITIS, PREVALENCE RATE, CLINICAL TREATMENT, DIAGNOSTICS, TREATMENT, PROPHYLAXIS, CHILDREN.

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

Аллергический ринит — широко распространенное заболевание, в основе которого лежит аллергическое воспаление слизистой оболочки носа. 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. В международном эпидемиологическом исследовании, в котором участвовало 463 800 детей и подростков, было показано, что распространенность симптомов аллергического ринита увеличивается с возрастом как в странах Западной Европы, так и во всем мире.

КЛАССИФИКАЦИЯ АР

В России наиболее широко используется классификация, согласно которой АР подразделяется на сезонный (САР, поллиноз), круглогодичный (КАР) и профессиональный в зависимости от преобладания причинно-значимых аллергенов.

Наиболее часто причиной САР является аллергия к пыльце растений. Манифестация симптомов зависит от сезонности их цветения/пыления. Причиной КАР наиболее часто бывают аллергены жилища: домашняя пыль, клещи домашней пыли, тараканы. Однако следует отметить, что традиционная классификация не учитывает, что у большей части пациентов имеется сенсibilизация как к сезонным (пыльцевым), так и к «домашним» (круглогодичным) аллергенам.

Классификация группы ARIA B03 (2001) — Аллергический ринит и его влияние на астму (Allergic Rhinitis and its Impact on Asthma Initiative) — учитывает продолжительность симптомов заболевания, их интенсивность и влияние на качество жизни. Согласно этой классификации, выделяют интермиттирующий и персистирующий АР, которые могут быть легкого, среднетяжелого и тяжелого течения.

ДИАГНОСТИКА АР

Диагноз АР устанавливают на основании данных анамнеза, характерных клинических симптомов и выявления 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 симптомов патологии, 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 АР слизистая оболочка носа обычно бледная, цианотично-серая, отечная. Характер секрета слизистый и водянистый. При АР обнаруживают поперечную складку на спинке носа, образующуюся у детей в результате потирания кончика носа — «аллергического салюта». Хроническая назальная обструкция приводит к формированию характерного «аллергического лица» (темные круги под глазами, нарушение развития лицевого черепа, включающее неправильный прикус, дугообразное небо, уплощение моляров).

У пациентов с АР значительно чаще, чем у здоровых людей, развиваются нарушения сна в виде бессонницы и

синдрома апноэ во сне. У детей с АР более часто отмечают изменения поведения, связанные с нарушением сна, — гиперактивность, эмоциональная лабильность, негативизм, враждебность и агрессивность. Причем серьезные нарушения сна встречаются у 40% детей, а способность к обучению значительно нарушена у каждого третьего (!) ребенка. Это необходимо учитывать при выборе противоаллергической терапии (например, из антигистаминных препаратов следует назначать только неседативные средства 2-го поколения).

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

Кожное тестирование

Это быстрый, безопасный и недорогой метод исследования, подтверждающий наличие IgE-АТ *in vivo*. Исследование показано следующим группам пациентов:

- с плохо контролируемыми симптомами заболевания (персистирующие назальные симптомы и/или неадекватный клинический ответ на интраназальные глюкокортикостероиды (ГКС);
- с неуточненным диагнозом, основанным на данных анамнеза и физикального обследования;
- с сопутствующей персистирующей бронхиальной астмой (БА) и/или рецидивирующим синуситом или отитом.

При постановке кожных проб с бытовыми, пыльцевыми и эпидермальными аллергенами реакцию оценивают через 20 минут по размерам папулы и гиперемии. За 7–10 дней до постановки кожных проб следует отменить антигистаминные препараты и антидепрессанты, за 2 недели — использование местных глюкокортикостероид-содержащих мазей. Кожное тестирование должен проводить специально обученный медицинский персонал. Конкретный набор аллергенов для тестирования варьирует в зависимости от предполагаемой чувствительности к аллергенам и географической зоны проживания пациента.

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

Другие методы исследования

♦ Цитологическое исследование мазков из полости носа — доступный и недорогой метод, предназначенный для выявления эозинофилов^В (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^В).

♦ Провокационные пробы с аллергенами (имеют ограниченное применение в клинической практике, у детей не используются).

- ◆ Рентгенография околоносовых пазух (проводят при подозрении на синусит).

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА

- ◆ Острый инфекционный ринит при ОРВИ проявляется заложенностью носа, ринореей, чиханием. Назальные симптомы ярко выражены на 2–3-й день и угасают к 5-му дню заболевания. Симптомы, сохраняющиеся более 2 недель, могут свидетельствовать о наличии АР.

- ◆ Вазомоторный (идиопатический) ринит — распространенная форма 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 нехарактерна сенсibilизация к аллергенам. При риноскопии — в отличие от АР, для которого характерны цианоз, бледность, отек слизистой оболочки, — выявляют ее гиперемию, вязкий секрет.

- ◆ 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 (АГП) и хороший эффект при применении интраназальных ГКС.

- ◆ 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 АР нехарактерны.

- ◆ 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.

ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ

Основа терапии АР — обучение пациентов и уменьшение контакта с причинными аллергенами. В комплексе со специфической иммунотерапией это может позволить облегчить течение заболевания и уменьшить потребность в фармакотерапии.

Элиминация причинно значимых аллергенов

Тяжесть клинических проявлений АР непосредственно связана с концентрацией причинных аллергенов в окружающей среде. Особенно важно соблюдать элиминационный режим в тех случаях, когда имеются серьезные

ограничения в проведении фармакотерапии. Больным с аллергией к пыльце растений не следует гулять в утренние часы в сухую и ветреную погоду, выезжать на природу в сезон цветения причинных растений (см. календарь цветения растений). В течение всего года не следует употреблять в пищу продукты, перекрестно реагирующие с пыльцой. Ежедневный мониторинг концентрации пыльцы в воздухе — на интернет-сайте www.allergology.ru.

Фармакотерапия включает длительное применение антигистаминных препаратов, местных глюкокортикостероидов (МГКС) и других средств.

Антигистаминные препараты (АГП) оказывают комплексное действие на все проявления аллергии: уменьшают выраженность зуда и гиперемии кожи, гиперсекреции и в меньшей степени отека слизистых носа, глаз, носоглотки. **Длительное лечение АГП более эффективно, чем лечение «по потребности».** Показан профилактический эффект приема АГП за 1–2 недели до предполагаемого сезонного обострения при поллинозе.

Учитывая наличие выраженного седативного эффекта, АГП 1-го поколения не следует назначать пациентам, деятельность которых связана с концентрацией внимания. Негативное влияние АГП 1-го поколения на ЦНС (блокада центральных H1-рецепторов и М-холинорецепторов) снижает способность детей к обучению, восприятию новых знаний и навыков. В связи с атропиноподобным эффектом (сухость слизистых, повышение вязкости бронхиального секрета) АГП 1-го поколения противопоказаны при БА; в связи с вероятностью снижения тонуса гладкой мускулатуры следует соблюдать осторожность при назначении этих препаратов пациентам с заболеваниями желудочно-кишечного тракта и мочевыводящих путей (не назначать при задержке мочи). Низкое сродство АГП 1-го поколения к H1-гистаминовым рецепторам обуславливает необходимость назначения высоких доз для достижения клинического эффекта и частого приема препаратов (до 2–3 раз в сутки), что ухудшает приверженность пациентов лечению, а значит, и эффективность терапии. Тахифилаксия — снижение клинической эффективности при длительном применении — требует частой замены препаратов на средства из других групп каждые 10–14 дней.

Седативные антигистаминные препараты (АГП 1-го поколения, а также даже некоторые препараты 2-го поколения) могут вызывать сонливость.

Вниманию педиатров! АГП с седативным эффектом снижают способность детей к обучению!

Педиатрам следует также помнить, что препараты кетотифена обладают теми же недостатками, что и АГП 1-го поколения. Клинический эффект при их применении развивается только через 6–8 недель. В то же время кетотифен вызывает сонливость, головокружение, повышение аппетита и массы тела, тромбоцитопению, снижение способности к обучению. **Кетотифен и АГП 1-го поколения способны блокировать от 50 до 90% центральных H1-рецепторов, с чем связаны такие побочные эффекты, как сонливость и нарушение когнитивных функций (концентрация внимания, память, способность к восприятию информации).**

Длительный период полувыведения АГП 2-го поколения позволяет обеспечивать длительный контроль симптомов АР. Так, препарат дезлоратадин (**Эриус**) имеет наиболее длительный период полувыведения — 27 часов и обеспечивает контроль симптомов заболевания в течение 24 часов, что позволяет принимать его 1 раз в сутки. Вслед за ним идут фексофенадин (11–15 часов),

Рекомендации

ARIA* по лечению аллергического ринита



Эриус® — быстро уменьшает заложенность носа¹

Эриус® не обладает седативным эффектом, не влияет на внимание, память, координацию движений и способность к обучению^{2,3}

1 раз в сутки взрослым и детям с 12 месяцев

Эриус® значительно улучшает качество жизни⁴



Среднетяжелый и тяжелый персистирующий АР

Легкий персистирующий АР

Интермиттирующий среднетяжелый и тяжелый АР

Интраназальные стероиды (Назонекс®)

Топические кромоны. Антагонисты лейкотриеновых рецепторов

Антигистаминные препараты 2 поколения (Зриус®)

Интраназальные деконгестанты или оральные деконгестанты (<10 дней). Элиминация аллергенов триггеров

Иммунотерапия

Назонекс®
(мометазона фураат)
назальный спрей на водной основе



Назонекс® быстро (в первые 5 часов) облегчает заложенность носа^{5,6}



Назонекс® достоверно уменьшает симптомы конъюнктивита при сезонном аллергическом рините^{1,9}



Назонекс® обладает наилучшим профилем местной и системной безопасности:

- Самая низкая системная биодоступность ($\leq 0.1\%$) в группе назальных стероидов^{7,8}
- Не вызывает атрофию слизистых оболочки носа⁹



Назонекс® — единственный интраназальный кортикостероид, разрешенный к применению у детей с 2-х лет.

Почему необходимо продолжать терапию антигистаминными препаратами даже после присоединения интраназальных стероидов?

- Аллергический ринит (АР) — системное атопическое заболевание. Значительная часть пациентов с АР имеет повышенную реактивность бронхов или бронхиальную астму.
- Регулярное применение дезлоратадина может обеспечивать у таких пациентов лучший контроль симптомов астмы и повышенной реактивности бронхов¹⁰.
- Комбинированная терапия (интраназальные стероиды + антигистаминные препараты) может способствовать достижению эффекта при использовании более низких доз стероидов.¹¹

*ARIA (Allergic Rhinitis and its Impact on Asthma) Аллергический ринит и его влияние на астму, 2001.

Полную информацию о дозировании, показаниях, противопоказаниях, побочных эффектах препаратов Эриус и Назонекс см. в инструкции по мед. применению. Информация предназначена для мед. работников, не для пациентов.

1 Grob JJ, Ortonne JP, Stalder JF, Brassac I, Dreyfus I. Poster presented at: EAAACI Congress, June 12-16, 2004; Amsterdam, Netherlands. 2 Agrawal DK. Pharmacology and clinical efficacy of desloratadine as an anti-allergic and anti-inflammatory drug. Exp. Opin. Invest. Drugs. 2001; 10:547-560. 3 Berger WE, Schenkel EJ, Mansfield LE. Safety and efficacy of desloratadine 5 mg in asthma patients with seasonal allergic rhinitis and nasal congestion. Ann. Allergy Asthma Immunol. 2002; 89:485-491. 4 Saint-Martin A, Pradelle A. Desloratadine improves quality of life questionnaire scores in patients with seasonal allergic rhinitis. Abstract presented at: EAAACI Congress, June 7-11, 2003; Paris, France. 5 R.B. Berkowitz et al. Mometasone furoate nasal spray is rapidly effective in the treatment of seasonal allergic rhinitis: an outdoor (park) acute exposure setting. Allergy and asthma proc. 1999; vol. 20 (3): 167-172. 6 W. R. Lumry. A review of the preclinical and clinical data of newer intranasal steroids used in the treatment of allergic rhinitis. J. Allergy Clin. Immunol. 1999; vol. 104 (4): 150-158. 7 PDR Electronic Library (TM) Thomson Micromedex. http://www.thomsonhc.com. 8 Van Drunen C, Meltzer E.O., Bachert C., Fokkens W. Nasal allergies and beyond: a clinical review of the pharmacology, efficacy and safety of mometasone furoate. J. Allergy. 2005; 60 (suppl. 80): S-197. 9 Schenkel E, La Force C, Gates D. Mometasone furoate nasal spray is effective in treating the ocular symptoms associated with seasonal allergic rhinitis. Allergy Clin Immunol. 2007; 119: 50-53. 10 Dizdhar E.A. et al. The effect of regular versus on demand desloratadine treatment in children with allergic rhinitis. Int. J. Pediatr. Otorhinolaryngol. Vol. 71, No 6, June, 2007; p. 843-849. 11 Galam S.P., Wilkinsom R. Clinical prescribing of allergic rhinitis medication in the preschool and young subjects. What are the options? BioDrugs. Vol. 15, No. 7, Jan. 2001, p. 453-463.



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

цетиризин (10 часов), левоцетиризин и лоратадин (8 часов). Прием 1 раз в сутки повышает приверженность больного рекомендациям врача, а значит, и эффективность терапии.

При приеме АГП 2-го поколения в рекомендованных дозах седация практически отсутствует, что отличает их от АГП 1-го поколения. Неседативные АГП (например, дезлоратадин) не влияют на внимание, координацию движений и способность к обучению в рекомендованных дозах. Дезлоратадин имеет лучший профиль безопасности в группе АГП 2-го поколения с точки зрения частоты развития побочных эффектов, а также взаимодействия с пищей и лекарственными препаратами, что было показано при анализе 3-х крупных рандомизированных исследований по изучению безопасности сиропа дезлоратадина у детей 6–11 лет ($n = 486$).

Детям до 6–12 лет необходимо назначать только детские формы АГП. После 6–12 лет — на усмотрение врача и пациентов.

В рандомизированном двойном-слепом плацебоконтролируемом исследовании была изучена эффективность дезлоратадина в дозе 5 мг 1 раз в сутки при САР у 331 пациентов. Препарат достоверно уменьшал заложенность носа у больных САР. Положительный эффект сохранялся на протяжении всего периода наблюдения (29 дней). Данные двух других рандомизированных двойных-слепых, плацебоконтролируемых исследований подтвердили высокую эффективность дезлоратадина у больных КАР на протяжении всего периода лечения (4 недели), что свидетельствует об отсутствии у дезлоратадина эффекта тахифилаксии.

Таким образом, дезлоратадин может рассматриваться как препарат выбора в группе АГП 2-го поколения для лечения аллергического ринита с позиции наилучшего сочетания эффективности и безопасности.

Препараты кромоглициевой кислоты применяются при лечении сопутствующего аллергического конъюнктивита. Обоснованиями для выбора этих средств при аллергическом конъюнктивите являются следующие положения:

- опасность применения топических стероидов (в т.ч. гидрокортизона) при данной локализации поражения (риск развития глаукомы, катаракты);
- двойной механизм действия препаратов кромоглициевой кислоты — механическое удаление аллергена (пыльцы и др.) и слабо выраженный противоаллергический эффект (стабилизация тучных клеток).

Местные (интраназальные) ГКС. Известно, что сила связывания ГКС с ГКС-рецептором является критерием эффективности лекарства на молекулярном уровне. Показано, что мометазона фуруат (МФ) имеет наибольшую силу связывания с ГКС-рецептором по сравнению с другими интраназальными ГКС.

Мометазона фуруат (**Назонекс**) обладает также более высокой липофильностью в группе современных интраназальных ГКС, что обеспечивает его высокую местную противовоспалительную активность.

При среднетяжелом и тяжелом КАР мометазона фуруат значительно уменьшает заложенность носа и другие назальные симптомы АР. Данные дневников пациентов продемонстрировали, что пациенты, получавшие мометазона фуруат в возрастных дозах 1 раз в день отмечали значительное уменьшение всех назальных симптомов в сравнении с пациентами, которые получали плацебо в течение 12 недель. Различия между мометазона фуруатом и плацебо были статистически значимыми во все временные точки наблюдения ($p < 0,01$). При применении

мометазона фуруата клинический эффект развивается уже в первые 5 часов.

При САР мометазона фуруат эффективно уменьшает не только назальные симптомы, но и симптомы аллергического конъюнктивита, что связано, преимущественно, с назально-окулярным рефлексом (уменьшение воспалительного процесса в конъюнктиве при его уменьшении в слизистой оболочке носа).

Системные эффекты интраназальных ГКС определяются уровнем их системной биодоступности. Мометазона фуруат имеет наиболее низкую системную биодоступность ($\leq 0,1\%$) и минимальный риск развития системных эффектов в сравнении с другими интраназальными ГКС, биодоступность которых в десятки раз превышает биодоступность мометазона фуруата.

Безусловно, с позиций сегодняшнего дня чрезвычайно важной характеристикой любого препарата является соотношение эффективности и безопасности. Поэтому современные исследования, подтверждающие безопасность применения тех или иных лекарств у детей с АР, особенно важны для педиатров.

Влияние интраназальных ГКС на рост детей в сравнении с плацебо

Темпы роста при лечении беклометазона дипропионатом у детей были значительно медленнее, чем в группе плацебо. При лечении этим препаратом средняя скорость роста составляла 0,013 см в сутки, тогда как на фоне плацебо — 0,017 см в сутки ($p < 0,01$). Достоверное различие в темпах роста в группах отмечено уже через месяц терапии ($p = 0,04$), а также через 6, 8, 10 и 12 мес лечения.

Влияние длительного лечения (в течение 12 мес) мометазона фуруатом на рост детей в возрасте 3–9 лет изучалось в рандомизированном двойном-слепом плацебоконтролируемом исследовании (E. Schenkel et al.), в котором принимали участие 82 пациента (40 из них получали мометазона фуруат, 42 — плацебо). Отсутствие задержки роста на фоне лечения мометазона фуруатом подтверждает высокий уровень системной безопасности этого препарата.

Влияние длительной терапии мометазона фуруатом на кортизол плазмы у детей с КАР изучалось в 12-месячном исследовании. В исследование включен 251 ребенок в возрасте от 6 до 11 лет с КАР. Дети получали мометазона фуруат в дозе 100 мкг 1 раз в сутки ($n = 166$) или беклометазона дипропионат в дозе 168 мкг 1 раз в сутки ($n = 85$) в течение года. Функция гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой системы оценивалась с помощью теста стимуляции косинотропином до лечения, через 26 и 52 нед после начала терапии. При лечении мометазона фуруатом не было отмечено признаков подавления функции гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой системы, что свидетельствует о высокой безопасности данного препарата у детей. Длительная терапия этим интраназальным стероидом не сопровождалась развитием атрофии слизистой оболочки носа. Эффект мометазона фуруата на слизистую оболочку носа оценивался в многоцентровом, открытом, слепом для гистолога, 12-месячном исследовании. В исследование включались пациенты с КАР длительностью заболевания год и симптомами КАР в момент включения. Изучались образцы биоптатов слизистой оболочки носа до лечения и через 12 мес после начала терапии. Гистогическая картина слизистой оболочки после лечения сравнивалась с таковой до лечения. После длительной терапии мометазона фуруатом

признаки атрофии слизистой оболочки полости носа отсутствовали. Отмечалось восстановление ее гистологической структуры (уменьшение воспаления, числа воспалительных клеток на 62%).

Ступенчатая терапия АР

Неседативные АГП (2-го поколения) являются базовой медикаментозной терапией первой линии (1-я ступень). При недостаточной эффективности АГП дополнительно назначаются интраназальные ГКС (2-я ступень). На 3-й ступени доза интраназальных стероидов может быть увеличена, а при необходимости коротким курсом назначаются ГКС внутрь. Решение вопроса о лечении на 3-й ступени принимается отоларингологом и аллергологом после тщательного обследования пациента и исключения других причин тяжелой назальной обструкции. На 2-й и 3-й ступенях лечения АР одновременно могут назначаться и топические кромоны (в нос и глаза), особенно если у ребенка имеет место сопутствующий аллергический конъюнктивит. При купировании симптомов на 2-й и 3-й ступенях терапии рекомендовано перейти на более низкую ступень. Например, после отмены интраназальных ГКС ребенок продолжает получать АГП 2-го поколения внутрь и, возможно, топические кромоны / интраназальные АГП.

Эффективная противоаллергическая (современные АГП 2-го поколения) и противовоспалительная (интраназальные ГКС) терапия уменьшает негативное влияние провоспалительных медиаторов на сон.

Специфическая иммунотерапия АР причинно значимыми аллергенами проводится аллергологами в лицензированных медицинских центрах предпочтительно в осенне-зимние месяцы.

ПРОФИЛАКТИКА

Первичную профилактику АР проводят в первую очередь у детей из группы риска (с отягощенной наследственностью по атопическим 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 1-го 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 атопической предрасположенности, которое необходимо сохранить как минимум до 4–6-го месяца жизни ребенка. Целесообразно исключение из рациона малыша цельного коровьего молока. Не рекомендуют введение прикорма до 4 месяцев;
- элиминационные процедуры.

Чрезвычайно важным вопросом, который чаще всего задают матери детей с аллергией, имеющие собственные аллергические болезни (например, АР) и беременные следующим ребенком, является вопрос о возможном прекращении проводимого им лечения. В мае 2007 г.

Журнал американского Правления Семейной Медицины напечатал обзор новых рекомендаций для лечения астмы и аллергического ринита у беременных. «Женщины с тяжелой или неконтролируемой астмой подвержены более высокому риску осложнений беременности и неблагоприятных последствий для плода, чем женщины с контролируемым течением заболевания», пишет Barbara Yawn с соавторами. «В соответствии с последними рекомендациями, базирующимися на доказательной медицине, для беременных женщин с астмой более безопасно получать фармакологические препараты, чем продолжать жить с симптомами астмы и обострением.... **врачи должны помочь своим пациентам контролировать аллергический ринит и астму в течение беременности, следя за строгим выполнением необходимых назначений**». Предполагается, что оптимальная терапия астмы в течение беременности включает **лечение сопутствующего аллергического ринита**, который может инициировать или усилить симптомы астмы. **Аллергический ринит, выявленный до беременности необходимо продолжать лечить**. Обзор представляет собой рекомендации, касающиеся выбора лекарственных средств для лечения астмы и аллергического ринита при беременности. Терапия и астмы и аллергического ринита должна иметь ступенчатый подход у беременных женщин. При этом для персистирующего аллергического ринита рекомендуются назальные кортикостероиды. *(Подробно эта тема будет освещена в следующем номере журнала)*.

Вторичная профилактика направлена на предотвращение манифестации АР у сенсибилизированных детей и включает следующие мероприятия:

- контроль за состоянием окружающей среды;
- превентивная терапия АГП;
- аллергенспецифическая иммунотерапия (АСИТ);
- профилактика респираторных инфекций как триггеров аллергии;
- образовательные программы.

Основная цель третичной профилактики — предупреждение тяжелого течения АР. Уменьшение частоты и продолжительности обострений достигается с помощью наиболее эффективных и безопасных ЛС, а также элиминацией аллергенов.

Таким образом, АР является актуальной проблемой в детском возрасте вследствие роста заболеваемости, его негативного влияния на сон, школьную успеваемость, психо-эмоциональное состояние ребенка в целом, и потенциальной возможности трансформации АР в бронхиальную астму.

В связи с этим, при выборе препаратов для медикаментозной терапии АР необходимо учитывать их патогенетическое воздействие на аллергическое воспаление на всех этапах его развития. С точки зрения оптимального сочетания высокой эффективности и безопасности, предпочтительными препаратами для лечения АР в рамках комбинированной терапии представляются неседативный АГП 2 поколения (дезлоратадин) и интраназальный ГКС с минимальной биодоступностью (мометазон). Комбинированная терапия АР обеспечивает уменьшение негативного влияния провоспалительных медиаторов на симптомы АР, сон и, как следствие, на дневную активность и качество жизни в целом.