

А.А. Баранов¹, Л.С. Намазова-Баранова^{1, 2}, Р.М. Хаитов³, Н.И. Ильина³, О.М. Курбачева³, Г.А. Новик⁴, Ф.И. Петровский⁵, Е.А. Вишнёва¹, А.А. Алексеева¹, Л.Р. Селимзянова^{1, 6}

¹ Национальный научно-практический центр здоровья детей, Москва, Российская Федерация

² Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова, Москва, Российская Федерация

³ Государственный научный центр «Институт иммунологии» ФМБА России, Москва, Российская Федерация

⁴ Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет, Санкт-Петербург, Российская Федерация

⁵ Ханты-Мансийская государственная медицинская академия, Ханты-Мансийск, Российская Федерация

⁶ Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова, Москва, Российская Федерация

Аллергический ринит у детей: принципы своевременной диагностики и эффективной терапии. Краткий обзор клинических рекомендаций

Контактная информация:

Вишнёва Елена Александровна, кандидат медицинских наук, заместитель директора НИИ педиатрии по научной работе, заведующая отделом стандартизации и клинической фармакологии НИИ педиатрии ФГАУ НМИЦ здоровья детей Минздрава России

Адрес: 119991, Москва, Ломоносовский пр-т, д. 2, стр. 1, тел.: +7 (499) 134-03-92, e-mail: vishneva@nczd.ru

Статья поступила: 19.07.2017 г., принята к печати: 28.08.2017 г.

В статье кратко представлены ключевые положения клинических рекомендаций по оказанию медицинской помощи детям с аллергическим ринитом — современные подходы к диагностике и терапии. Данный документ был разработан профессиональной ассоциацией детских специалистов — Союзом педиатров России — совместно с ведущими специалистами Российской ассоциации аллергологов и клинических иммунологов и регулярно актуализируется с учетом самых последних доказательств эффективности и безопасности различных медицинских вмешательств. В статье изложены сведения об эпидемиологии аллергического ринита у детей, приведены характерные диагностические признаки, позволяющие максимально своевременно установить правильный диагноз и с учетом персонализированного подхода назначить эффективную терапию.

Ключевые слова: аллергический ринит, клинические рекомендации, классификация, клиническое течение, симптомы, диагностика, лечение, дети.

(Для цитирования: Баранов А.А., Намазова-Баранова Л.С., Хаитов Р.М., Ильина Н.И., Курбачева О.М., Новик Г.А., Петровский Ф.И., Вишнёва Е.А., Алексеева А.А., Селимзянова Л.Р. Аллергический ринит у детей: принципы своевременной диагностики и эффективной терапии. Краткий обзор клинических рекомендаций. *Педиатрическая фармакология*. 2017; 14 (4): 272–282. doi: 10.15690/pf.v14i4.1758)

Аллергический ринит (АР) — IgE-обусловленное воспалительное заболевание слизистой оболочки носа, вызванное воздействием сенсibilизирующего (причинно-значимого) аллергена и проявляющееся как минимум двумя симптомами — чиханием, зудом, ринореей или заложенностью носа [1–3].

Этиология и патогенез

Аллергены (АлГ) — это вещества, преимущественно белковой природы, с молекулярной массой около 20 kD (от 5 до 100 kD), или низкомолекулярные соединения, гаптены, которые при первом поступлении в организм, предрасположенный к развитию аллергии, вызывают сенсibilизацию, т.е. образование специфических IgE-антител, а при последующих — развитие аллергических реакций [3].

Классификация аллергенов

Для классификации аллергенов используют несколько подходов:

- по пути поступления в организм (ингаляционные, энтеральные, контактные, парентеральные, трансплацентарные);
- по распределению в окружающей среде (аэроаллергены, аллергены помещений, аллергены внешние, промышленные и профессиональные аллергены и сенситизаторы);
- по категориям (инфекционные, тканевые, неинфекционные, лекарственные, химические);
- по происхождению (лекарственные, пищевые, аллергены насекомых или инсектные);
- по диагностическим группам (бытовые, эпидермальные, споры плесневых грибов, пыльцевые, инсектные, лекарственные и пищевые).

Для обозначения аллергенов разработана специальная международная номенклатура.

В нашей стране наиболее распространенной является классификация, выделяющая следующие диагностические группы:

- неинфекционные — бытовые (аэроаллергены жилищ), эпидермальные, пыльцевые, пищевые, инсектные, лекарственные аллергены;
- инфекционные — грибковые, бактериальные аллергены.

В зарубежной литературе выделяют внутренние (indoor) АлГ (домашней пыли, клещей домашней пыли, тараканов, домашних животных, грибов) и внешние (outdoor) АлГ (пыльцы и грибов). Типичными аллергенами при АР являются, в частности, клещи домашней пыли, пыльца деревьев, злаковых и сорных растений, аллергены животных (кошек, собак), а также плесневые грибы *Cladosporium*, *Penicillium*, *Alternaria* и др.

Аллергическая реакция развивается в сенсибилизированном организме при повторном контакте с аллергеном, сопровождается развитием аллергического воспаления, повреждением тканей и появлением клинических симптомов аллергических болезней.

В патогенезе аллергических болезней реакции немедленного типа (IgE-зависимого, анафилактического, atopического) являются основными (но не всегда единственными).

При первом контакте с аллергеном образуются специфические белки — IgE антитела, которые фиксируются на поверхности тучных клеток в различных органах. Это состояние называется сенсибилизация — повышение чувствительности к конкретному АлГ.

При повторном контакте сенсибилизированного организма с причинным АлГ происходит развитие IgE-зависимого воспаления в слизистой оболочке носо-

вой полости, обуславливающего появление симптомов. В большинстве случаев у одного пациента имеет место сенсибилизация одновременно к нескольким аллергенам, относящимся к разным группам.

В течение первых минут после воздействия АлГ (ранняя фаза аллергической реакции) происходят активация тучных клеток и базофилов, дегрануляция и выделение медиаторов воспаления (гистамина, триптазы, простагландина D2, лейкотриенов, фактора активации тромбоцитов). В результате действия медиаторов повышается сосудистая проницаемость, увеличивается продукция слизи, сокращается гладкая мускулатура, возникают острые симптомы аллергических болезней (зуд глаз, кожи, носа, гиперемия, отек, чихание, водянистые выделения из носа). Через 4–6 ч (поздняя фаза аллергической реакции) после воздействия АлГ происходят изменение кровотока, экспрессия молекул клеточной адгезии на эндотелии и лейкоцитах, инфильтрация тканевыми клетками аллергического воспаления — базофилами, эозинофилами, Т лимфоцитами, тучными клетками. В результате происходит формирование хронического аллергического воспаления, одним из клинических проявлений которого является неспецифическая тканевая гиперреактивность. Характерными симптомами являются назальная гиперреактивность и обструкция, гипоксия.

Эпидемиология

Аллергический ринит — широко распространенное заболевание [1–3]. По последним данным, до 30% населения во всем мире страдает от АР [2].

Средняя распространенность симптомов АР, согласно Международному исследованию бронхиальной астмы и аллергии в детском возрасте (International Study of Asthma and Allergy in Childhood, ISAAC), составля-

Alexander A. Baranov¹, Leyla S. Namazova-Baranova^{1, 2}, Rakhim M. Khaitov³,
Nataliya I. Ilyina³, Oksana M. Kurbacheva³, Gennadii A. Novik⁴, Fedor I. Petrovsky⁵,
Elena A. Vishneva¹, Anna A. Alekseeva¹, Liliya R. Selimzyanova^{1, 6}

¹ National Medical Research Center for Children's Health, Moscow, Russian Federation

² Pirogov Russian National Research Medical University, Moscow, Russian Federation

³ National Research Center "Institute of Immunology" FMBA of Russia, Moscow, Russian Federation

⁴ St. Petersburg State Pediatric Medical University, St. Petersburg, Russian Federation

⁵ Khanty-Mansiysk State Medical Academy, Khanty-Mansiysk, Russian Federation

⁶ Sechenov First Moscow State Medical University, Moscow, Russian Federation

Allergic Rhinitis in Children: Principles of Early Diagnosis and Effective Therapy. Overview of Clinical Recommendations

The article briefly summarizes the key provisions of the clinical recommendations on medical care delivery for children with allergic rhinitis: modern approaches to diagnosis and therapy. The current document was developed by the professional association of pediatric specialists — the Union of Pediatricians of Russia — together with the leading experts of the Russian Association of Allergists and Clinical Immunologists. The recommendations are regularly updated due to the latest evidence-based results of effectiveness and safety of various medical interventions. The article presents information on the epidemiology of allergic rhinitis in children, specific diagnostic features which provide the opportunity for the timely and correct diagnosis and an effective therapy with personal approach.

Key words: allergic rhinitis, clinical recommendations, classification, clinical course, symposia, diagnosis, treatment, children.

(For citation: Baranov AA, Namazova-Baranova LS, Khaitov RM, Ilyina NI, Kurbacheva OM, Novik GA, Petrovsky FI, Vishneva EA, Alekseeva AA, Selimzyanova LR. Allergic Rhinitis in Children: Principles of Early Diagnosis and Effective Therapy. Overview of Clinical Recommendations. *Pediatricheskaya farmakologiya — Pediatric pharmacology*. 2017; 14 (4): 272–282. doi: 10.15690/pf.v14i4.1758)

ет 8,5% (1,8–20,4%) у 6–7-летних и 14,6% (1,4–33,3%) у 13–14-летних детей [4]. По результатам исследования, проведенного в соответствии с протоколом Глобальной сети по аллергии и астме в Европе (Global Allergy and Asthma European Network, GA2LEN) в 2008–2009 гг. [5], распространенность симптомов аллергического ринита у подростков 15–18 лет составила 34,2%, при проведении углубленного обследования в 10,4% случаев диагноз АР был подтвержден, что примерно в 2 раза выше данных официальной статистики.

Частота симптомов АР в Российской Федерации составляет 18–38% [3, 6]. Чаще болеют мальчики. В возрастной группе до 5 лет распространенность АР наиболее низкая, подъем заболеваемости отмечают в раннем школьном возрасте.

КЛАССИФИКАЦИЯ

Согласно традиционному подходу, АР классифицируется на основании длительности и выраженности симптомов ринита при наличии сенсibilизации [2, 3, 6, 7].

Аллергический ринит в зависимости от природы патогенетически значимого аллергена может иметь **сезонный** (при сенсibilизации к пыльцевым или к грибковым аллергенам) или **круглогодичный** (при сенсibilизации к аллергенам бытовым — клещи домашней пыли, тараканы, эпидермальным — перхоть животных) характер. Однако различие между сезонным и круглогодичным ринитом можно провести не всегда и не во всех регионах; как следствие, данная терминология была пересмотрена и, исходя из продолжительности симптомов, выделяют (по классификации ARIA 2010, а также EAACI 2013):

- **интермиттирующий** (сезонный или круглогодичный, острый, случайный) АР (симптомы <4 дней/нед или <4 нед/год);
- **персистирующий** (сезонный или круглогодичный, хронический, длительный) АР (симптомы ≥4 дней/нед или ≥4 нед/год).

Такой подход удобен для описания проявлений ринита и его влияния на качество жизни, а также для определения возможного подхода к лечению.

По степени выраженности проявлений и влиянию АР на качество жизни подразделяют:

- **АР легкого течения** (незначительные симптомы; нормальный сон; нормальная повседневная активность, занятия спортом, отдых; не мешает учебе в школе или профессиональной деятельности);

- **АР среднетяжелого и тяжелого течения** (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).

Кроме того, выделяют **обострение** и **ремиссию** аллергического ринита.

ДИАГНОСТИКА

Диагноз АР устанавливают на основании данных анамнеза, характерных клинических симптомов и при выявлении причинно-значимых аллергенов (при кожном тестировании или определении титра специфических антител класса IgE *in vitro* в случае невозможности проведения кожных проб) [3, 6–8] **[D — низкая степень убедительности; очень низкий уровень достоверности (консенсусное мнение экспертов); табл. 1].**

Жалобы и анамнез

Основные жалобы

Основные жалобы (табл. 2) обычно представляют собой классические симптомы аллергического ринита [6–8]:

- ринорея (отделяемое из носовых ходов прозрачное, слизистого характера);
- чихание, нередко приступообразное;
- зуд, реже чувство жжения в носу (иногда сопровождается зудом неба и глотки);
- назальная обструкция, характерное дыхание ртом, сопение, храп, апноэ, изменение и гнусавость голоса.

К характерным симптомам относятся также «аллергические круги» под глазами — потемнение нижнего века и периорбитальной области, особенно при тяжелом хроническом течении процесса [2, 6, 7].

Дополнительные симптомы могут включать кашель, снижение и отсутствие обоняния; раздражение, отечность, гиперемия кожи над верхней губой и у крыльев носа; носовые кровотечения вследствие форсированного отсмаркивания; боль в горле, покашливание (проявления сопутствующего аллергического фарингита, ларингита); боль и треск в ушах, особенно при глотании; нарушение слуха (проявления аллергического тугоухости).

Среди общих неспецифических симптомов, наблюдаемых при аллергическом рините, отмечают:

- слабость, недомогание, раздражительность;

Таблица 1. Рейтинговая схема для оценки силы рекомендаций
Table 1. A rating scheme for assessing the strength of recommendations

Степень убедительности (сила)	Уровень достоверности (качество) доказательств	Основание рекомендаций
A	Высокий	Большие двойные слепые плацебоконтролируемые исследования, а также данные, полученные при метаанализе нескольких РКИ (данные I уровня достоверности)
B	Умеренный	Небольшие рандомизированные и контролируемые исследования, при которых статистические данные построены на небольшом числе больных (уровень достоверности I, II)
C	Низкий	Нерандомизированные клинические исследования на ограниченном количестве пациентов (уровень достоверности IV или экстраполяция данных исследований II и III уровней)
D	Очень низкий	Выработка группой экспертов консенсуса по определенной проблеме (доказательства V уровня достоверности, либо несогласованные или с неопределенным результатом исследования любого уровня)

Таблица 2. Проявления аллергического ринита у детей
Table 2. Manifestations of allergic rhinitis in children

Симптомы \ Возраст	Дошкольный	Школьный	Подростковый
Основные симптомы	Ринорея — прозрачное отделяемое. Зуд — потирание носа, «жест аллергика», «носовая складка аллергика», иногда сопровождается зудом неба и глотки. Чихание. Заложенность носа — дыхание через рот, храп, апноэ, «аллергические круги» под глазами		
Возможные дополнительные симптомы	Боль в ушах при изменении давления (например, при полете) вследствие дисфункции евстахиевых труб. Снижение слуха при хроническом среднем отите		-
	Кашель. Нарушения сна — усталость, низкая успеваемость в школе, раздражительность. Продолжительные и частые инфекции дыхательных путей. Плохой контроль над астмой		-
	-	Головная боль, боль в лице, запах изо рта, кашель, гипо- и аносмия при риносинусите	

- головную боль, повышенную утомляемость, нарушение концентрации внимания;
- нарушение сна, подавленное настроение;
- редко — повышение температуры.

При сборе анамнеза уточняют наличие аллергических болезней у родственников; характер, частоту, продолжительность, тяжесть симптомов, наличие/отсутствие сезонности проявлений; ответ на терапию, наличие у пациента других аллергических болезней, провоцирующих факторов [4, 7].

Комментарии. Дополнительные симптомы развиваются вследствие обильного выделения секрета из носа, нарушения дренирования околоносовых пазух и проходимости слуховых (евстахиевых) труб. Нос анатомически и функционально связан с глазами, придаточными пазухами носа, носоглоткой, средним ухом, гортанью и нижними дыхательными путями, таким образом, симптомы могут включать конъюнктивит, хронический кашель, ротовое дыхание, гнусавость голоса и храп с обструктивным апноэ во сне или без него.

Сопутствующая патология, симптомы

Аллергический конъюнктивит считается самой распространенной сопутствующей патологией, ассоциированной с АР. Для него характерны сильный зуд в глазах, гиперемия конъюнктивы, слезотечение и иногда перiorбитальный отек.

Хроническое аллергическое воспаление верхних дыхательных путей может вызвать гипертрофию лимфоидной ткани. Существенное увеличение размера аденоидов в сезон пыления отмечается у детей с поллинозом. При полисомнографии наблюдается выраженная корреляция синдрома апноэ во сне с анамнезом заложенности носа и АР. С ринитом также связаны хронический экссудат в среднем ухе и дисфункция евстахиевой трубы, потенциально вызывающие снижение слуха. В патогенезе продолжающегося аллергического воспаления в аденоидной лимфатической ткани у детей с атопией может играть роль местная секреция неспецифических и специфических IgE к аллергенам окружающей среды и антигенам стафилококкового энтеротоксина.

Аллергический ринит часто сочетается с астмой, являясь одним из определяющих факторов риска ее возникновения. АР является одной из причин развития обострения и снижения/отсутствия контроля над бронхиальной астмой: его симптомы часто предшествуют проявлениям астмы. АР значительно повышает риск обращения за неотложной помощью при астме.

В то же время наличие кашля при аллергическом рините иногда подталкивает врача к ложному диагнозу бронхиальной астмы.

Являясь одним из «шагов» атопического марша, АР нередко сопровождает атопический дерматит, который иногда предшествует, а периодически возникает позже данной формы проявления аллергии.

Аллергический ринит, обусловленный пыльцевой сенсибилизацией, может ассоциироваться с пищевой аллергией (оральным аллергическим синдромом). В этом случае такие симптомы, как зуд, жжение и отек ротовой полости, возникают из-за перекрестной реактивности: сенсибилизация к пыльце амброзии может обусловить появление симптомов после употребления дыни, к пыльце березы — после употребления яблок и т.д.

Физикальное обследование

- Рекомендовано проведение риноскопии (осмотр носовых ходов, слизистой оболочки полости носа, секрета, носовых раковин и перегородки) [4, 6–8].

Комментарии. У больных АР слизистая оболочка обычно бледная, цианотично-серая, отечная. Характер секрета слизистый и водянистый.

- При хроническом или тяжелом остром АР рекомендуется обращать внимание на наличие поперечной складки на спинке носа, образующейся 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).

Лабораторная диагностика

Рекомендовано выявление сенсибилизирующих аллергенов [6–9]:

- кожное тестирование позволяет выявить причинно-значимые аллергены;
- определение специфических антител класса IgE (sIgE).

Комментарии. Исследование sIgE следует назначать при невозможности проведения кожного тестирования и/или наличии противопоказаний к нему (детский возраст до 2 лет, обострение сопутствующей аллергической патологии, прием лекарственных препаратов, влияющих на результат тестирования и др.).

Данный метод более дорогостоящий, при этом отменять антигистаминные препараты перед проведением исследования не нужно.

Аллергическая сенсibilизация диагностируется при положительном результате кожного тестирования или выявлении специфических к определенному аллергену антител класса IgE, при этом крайне важна количественная характеристика исследуемого параметра (размер папулы, концентрация sIgE в сыворотке крови).

Наличие АР возможно и при отсутствии заметной общей специфической сенсibilизации, что обусловлено локальным образованием иммуноглобулина Е (IgE) в слизистой оболочке носа, так называемой энтопией. Вопрос о том, наблюдается ли данный эффект у детей, остается открытым.

Инструментальная диагностика

Диагностика АР обычно не требует инструментальных методов [6–9].

- Не рекомендуется для рутинного применения цитологическое исследование мазков из полости носа.

Комментарии. Данный метод предназначен для выявления эозинофилов (проводят при обострении заболевания). Практическое применение его ограничено, так как появление эозинофилов в назальном секрете возможно при других заболеваниях (бронхиальная астма, полипы носа в сочетании с/без бронхиальной астмы, неаллергический ринит с эозинофильным синдромом).

- Не рекомендуется для рутинного применения определение содержания эозинофилов и концентрации общего IgE в крови, так как данные методы имеют низкую диагностическую значимость [6–9].

Комментарии. При отсутствии динамического контроля и подтверждения наличия причинно-значимого аллергена данные исследования малоинформативны.

- Провокационные пробы с аллергенами в детской клинической практике не стандартизованы и не рекомендованы для использования.

Дифференциальная диагностика

Дифференциальный диагноз АР проводят со следующими формами неаллергических ринитов [2–9]:

- *вазомоторный (идиопатический) ринит.* Встречается у детей старшего возраста. Характерна заложенность носа, усиливающаяся при перепадах температуры, влажности воздуха и резких запахах; персистирующая ринорея, чихание, головные боли, anosmia, синуситы. Сенсibilизации при обследовании не выявляется, наследственность по аллергическим болезням не отягощена. При риноскопии выявляют гиперемию и/или мраморность слизистой оболочки, вязкий секрет;
- *лекарственно-индуцированный ринит* (в т.ч. медикаментозный ринит, вызванный длительным использованием деконгестантов). Отмечают постоянную назальную обструкцию, при риноскопии — слизистая оболочка ярко-красного цвета. Характерен положительный ответ на терапию интраназальными глюкокортикостероидами, которые необходимы для успешной отмены препаратов, вызывающих данное заболевание;
- *неаллергический ринит с эозинофильным синдромом* (англ. Nares). Характеризуется выраженной назальной эозинофилией (до 80–90%), отсутствием сенсibilизации и аллергологического анамнеза; иногда становится первым проявлением непереносимости нестероидных противовоспалительных препаратов.

Среди симптомов отмечают чихание и зуд, склонность к образованию назальных полипов. Отсутствие адекватного ответа на терапию антигистаминными препаратами, хороший эффект при применении интраназальных глюкокортикостероидов.

При проведении дифференциально-диагностического поиска и/или неэффективности терапии на основании симптоматики с учетом возрастных особенностей (табл. 3) рекомендуется выполнение дополнительных исследований (**С — низкая степень убедительности; низкий уровень достоверности**) [6–9].

- Для исключения хронического риносинусита и полипы рекомендовано проведение компьютерной томографии околоносовых пазух.

Комментарии. Затруднение носового дыхания (заложенность носа, назальная обструкция) может являться результатом патологии со стороны слизистой оболочки и/или анатомических аномалий (часто — искривление перегородки носа, реже — стеноз преддверия носа при расщелине верхней губы, атрезия хоан или стеноз грушевидного отверстия). Носовые полипы, затрудняющие носовое дыхание, являются основанием для исключения муковисцидоза и/или первичной цилиарной дискинезии, либо, в случае одностороннего полипа, — энцефалоцеле. В редких случаях назальная обструкция может быть обусловлена злокачественным новообразованием.

- Для визуализации полипов и исключения других причин затруднения носового дыхания (наличие инородного тела, искривление носовой перегородки и др.) рекомендовано проведение эндоскопии носоглотки.

Комментарии. Цвет отделяемого из носа — важный диагностический критерий, позволяющий судить о характере воспаления. Прозрачное отделяемое наблюдается на начальных этапах ринита вирусной этиологии, при АР и в редких случаях вытекания спинномозговой жидкости. Вязкая и часто окрашенная слизь обнаруживается в носовой полости при аденоидных вегетациях, рецидивирующих аденоидитах и/или риносинуситах, а также на поздних стадиях вирусного риносинусита. Синусит у детей всегда связан с воспалением носовой полости; таким образом, предпочтительным является термин «риносинусит». Длительный, хронический тяжелый риносинусит также может быть связан с первичной цилиарной дискинезией, муковисцидозом и нарушением функции гуморального и/или клеточного компонента иммунной системы. Детей с односторонним окрашенным отделяемым следует обследовать на наличие инородного тела.

- Для исключения первичной цилиарной дискинезии рекомендовано определение назального мукоцилиарного клиренса и назальной концентрации оксида азота (NO).

- Для исключения бронхиальной астмы рекомендуются определение показателей функции внешнего дыхания и тест с бронхолитиком на обратимость бронхиальной обструкции. В сомнительных случаях проводится проба с физической нагрузкой.

- При подозрении на обструктивное апноэ сна рекомендуется проведение полисомнографии.

Комментарии. Аллергический ринит часто становится причиной заложенности носа, сопровождаемой дыханием через широко открытый рот, храпом и отделяемым из носа у детей дошкольного возраста. Однако, аденоидные вегетации также представляют собой довольно распространенную патологию, характеризующую аналогичными симптомами.

- Рекомендована консультация ЛОР-врача.

Таблица 3. Дифференциальная диагностика ринита у детей

Table 3. Differential diagnosis of rhinitis in children

Диагноз	Дошкольный	Школьный	Подростковый
Инфекционный ринит	Заложенность носа, ринорея, чихание*		
Риносинусит	-	Отделяемое окрашено, головная боль, лицевая боль, снижение обоняния, запах изо рта, кашель	
Искривление носовой перегородки	-	Заложенность носа в отсутствии других симптомов аллергического ринита	
Атрезия хоан или стеноз	Заложенность носа без других признаков аллергического ринита	-	-
Иммунодефицитные состояния	Слизисто-гнойное отделяемое (персистирующий процесс)		-
Энцефалоцеле	Односторонний носовой «полип»	-	-
Аденоидные вегетации	Дыхание через рот, отделяемое слизисто-гнойного характера, храп при отсутствии других признаков аллергического ринита		-
Инородное тело	Односторонний процесс, сопровождаемый окрашенным отделяемым, зловонным запахом	-	-
Муковисцидоз	Двусторонние носовые полипы, плохое обоняние; хронические бронхиты, нарушения стула, задержка в развитии		
Первичная цилиарная дискинезия	Персистирующее слизисто-гнойное отделяемое, непрекращающееся в промежутках между «простудами»; двусторонний застой слизи и отделяемого на дне носовой перегородки, симптомы с рождения		
Коагулопатия	Рецидивирующие носовые кровотечения при минимальных травмах		
Системные аутоиммунные болезни (гранулематоз Вегенера)	-	-	Ринорея, гнойно-геморрагическое отделяемое, язвенно-некротическое поражение слизистых оболочек носа и рта, возможны перфорация носовой перегородки, евстахеит. Полиартралгии, миалгии
Вытекание спинномозговой жидкости	Бесцветное отделяемое из носа, часто травма в анамнезе		

Примечание. * — этиология чаще вирусная, либо бактериальная, очень редко грибковая. На фоне острой респираторной вирусной инфекции назальные симптомы преобладают на 2–3-й день и угасают к 5-му. У детей младшего возраста в среднем возможно до 8 эпизодов инфекции верхних дыхательных путей в год, около 4 — в школьном возрасте.

Note. * — etiology is most commonly viral or bacterial, very rarely fungal. Nasal symptoms with underlying acute respiratory viral infection predominate on the day 2–3 and decline on day 5. In young children, up to 8 episodes (average) of upper respiratory tract infection per year can occur; approximately 4 — in school age children.

Комментарии. При симптомах снижения слуха после передней риноскопии, отоскопии проводят тимпанометрию, акустическую импедансометрию, при необходимости — консультация врача-сурдолога.

Нарушение обоняния — типичный симптом риносинусита; у детей с тяжелым риносинуситом и носовыми полипами может отмечаться гипосмия или anosmia, часто без заметных субъективных симптомов. Редко встречающийся синдром Кальмана характеризуется anosmia, обусловленной гипоплазией обонятельной луковицы.

Носовые кровотечения возможны при АР или при застое крови в сосудах, расположенных в зоне Киссельбаха. При чрезмерно обильных носовых кровотечениях показано проведение эндоскопического обследования, необходимо исключить ангиофиброду носоглотки и коагулопатии [**D** — **низкая степень убедительности; очень низкий уровень достоверности (консенсусное мнение экспертов)**].

Кашель является важным симптомом ринита, обусловлен стеканием слизи по задней стенке глотки и раздражением кашлевых рецепторов в носовой полости, гортани и глотке. Если другие проявления АР не отмечены, а эффект проводимой терапии отсутствует, необходимо провести дифференциальную диагностику с рецидивирующими инфекциями верхних дыхательных путей, коклюшем, инородным телом и аспирационным бронхоэктазом, туберкулезом. В отсутствии иных симптомов бронхиальной обструкции наиболее вероятно наличие у ребенка бронхиальной астмы.

ЛЕЧЕНИЕ

Основная цель терапии — достижение контроля над болезнью [2–9].

Комплекс терапевтических мероприятий включает:

- ограничение контакта с патогенетически значимыми аллергенами;

- лекарственную терапию;
- аллергенспецифическую иммунотерапию;
- обучение пациента и членов его семьи.

Консервативное лечение

- Рекомендуется ограничение контакта с аллергенами (элиминационный режим) [6–9] [**Степень убедительности А–С; средний уровень достоверности (в зависимости от аллергена)**].

Комментарии. Полностью избежать контакта с аллергенами, встречающимися на открытом воздухе, в частности с пылью, невозможно. Но даже частичное исключение контакта с причинным аллергеном облегчает симптомы АР, снижая активность болезни и потребность в фармакотерапии. Однако, все элиминационные мероприятия должны иметь персонализированный характер, их проведение рентабельно и эффективно только в случае тщательного предварительного аллергологического обследования (включая анамнез для оценки клинической значимости, кожное тестирование и/или определение титра sIgE).

Аллергены внутри помещений (пылевые клещи, домашние питомцы, тараканы и плесневые грибы) считаются основными триггерами и являются целью специфических вмешательств. Полная элиминация аллергенов обычно невозможна, а некоторые мероприятия влекут за собой значительные расходы и неудобства, обладая зачастую лишь ограниченной эффективностью. С внешними аллергенами справиться еще сложнее, единственным рекомендуемым подходом может быть нахождение внутри помещений в течение определенных периодов времени (при пыльцевой сенсibilизации).

Пыльцевые аллергены. Сезонность симптомов в весеннее время обусловлена пылением деревьев (береза, ольха, орешник, дуб), в первой половине лета — злаковых растений (ежа, тимофеевка, рожь), в конце лета и осенью — сорных трав (полынь, подорожник, амброзия). 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 принимать душ или ванну для удаления пыли с тела и волос и предупреждения загрязнения одежды и белья.

Споры плесневых грибов. Для элиминации аллергенов необходимо тщательно очищать увлажнители воздуха, вытяжки для удаления пара, применять фунгициды, поддерживать относительную влажность в помещении менее 50%.

Аллергены клещей домашней пыли (виды *Dermatophagoides pteronyssinus* и *Dermatophagoides farinae*). Использование специальных противоклещевых постельных принадлежностей, чехлов на матрасах, не пропускающих аллергены, способствует уменьшению концентрации клещей домашней пыли, но не приводит к значительному снижению симптомов аллергического ринита.

Эпидермальные аллергены (аллергены животных — кошки, собаки, лошади и т.д.). Наиболее эффективно полностью исключить контакт с животным.

Пыльцевые аллергены (обуславливают АР вследствие перекрестного реагирования при пыльцевой сенсibilизации).

Несмотря на то, что споры грибов и аллергены клещей домашней пыли относятся к круглогодичным аллергенам, их количество в окружающем воздухе обычно

снижается в зимние месяцы и увеличивается в весенне-осенний период.

Следует помнить, что клинического улучшения следует ожидать через длительное время (недели) после элиминации аллергенов.

Фармакотерапия

Антигистаминные препараты

- Антигистаминные препараты 1-го поколения (хлоропирамин^{жк, вк}; код АТХ: R06AC03; мебгидролин, код АТХ: R06AX, клемастин, код АТХ: R06AA04) не рекомендуется применять для лечения АР у детей (**В — умеренная степень убедительности; средний уровень достоверности**).

Комментарии. Антигистаминные препараты 1-го поколения обладают неблагоприятным терапевтическим профилем, имеют выраженные седативный и антихолинергический побочные эффекты. Препараты данной группы нарушают когнитивные функции — концентрацию внимания, память и способность к обучению. Учитывая отсутствие зарегистрированных к применению антигистаминных препаратов 2-го поколения, детям в возрасте до 6 мес кратким курсом может быть назначен диметинден (режим дозирования пациентам в возрасте от 1 мес до 1 года — по 3–10 капель на прием 3 раза/сут).

- Антигистаминные препараты 2-го поколения рекомендуются как базовая терапия АР вне зависимости от степени тяжести (как регулярным курсом, так и по потребности [9]) (**А — высокая степень убедительности; высший уровень достоверности**).

Комментарии. Антигистаминные лекарственные средства 2-го поколения как для перорального, так и для интраназального введения эффективны при АР. Пероральные препараты отличаются лучшей переносимостью, в то время как интраназальные характеризуются более быстрым наступлением эффекта.

- Антигистаминные препараты системного действия предотвращают и уменьшают такие симптомы АР, как зуд, чихание, ринорея, но менее эффективны в отношении назальной обструкции.

Возможность развития тахифилаксии при приеме антигистаминных препаратов 2-го поколения отсутствует. Однако, у некоторых детей системные антигистаминные препараты 2-го поколения также могут оказывать легкий седативный эффект.

1. Дезлоратадин (код АТХ: R06AX27) применяют у детей с 6 мес до 1 года по 1 мг (2 мл сиропа); с 1 года до 5 лет — по 1,25 мг (2,5 мл), с 6 до 11 лет — по 2,5 мг (5 мл) 1 раз/сут в форме сиропа, старше 12 лет — по 5 мг (1 таблетка или 10 мл сиропа) 1 раз/сут.
2. Левоцетиризин (код АТХ: R06AE09) детям старше 6 лет — в суточной дозе 5 мг, детям в возрасте от 2 до 6 лет — по 2,5 мг/сут в форме капель.
3. Лоратадин^{жк, вк} (код АТХ: R06AX13) применяют у детей старше 2 лет. Детям с массой тела менее 30 кг препарат назначают по 5 мг 1 раз/сут, детям с массой тела более 30 кг — по 10 мг 1 раз/сут.

...^{жк} — лекарственный препарат, входящий в Перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов для медицинского применения на 2017 г. (Распоряжение Правительства РФ от 28 декабря 2016 г. N 2885-р).

...^{вк} — лекарственный препарат, входящий в Перечень лекарственных препаратов для медицинского применения, в том числе лекарственных препаратов для медицинского применения, назначаемых по решению врачебных комиссий медицинских организаций (Распоряжение Правительства РФ от 26.12.2015 N 2724-р)

4. Рупатадина фумарат (код АТХ: R06AX28) применяют у детей старше 12 лет; рекомендуемая доза составляет 10 мг 1 раз/сут.
 5. Фексофенадин (код АТХ: R06AX26) применяют у детей 6–12 лет по 30 мг 1 раз/сут, старше 12 лет — по 120–180 мг 1 раз/сут.
 6. Цетиризин^{жк} (код АТХ: R06AE07) детям в возрасте от 6 до 12 мес — по 2,5 мг 1 раз/день, детям от 1 года до 6 лет назначают по 2,5 мг 2 раза/день или 5 мг 1 раз/день в виде капель, детям старше 6 лет — по 10 мг однократно или по 5 мг 2 раза/день.
- Интраназальные антигистаминные препараты рекомендуются при лечении как интермиттирующего, так и персистирующего АР у детей.

Комментарии. Препараты данной фармакологической группы характеризуются более быстрым по сравнению с системными антигистаминными препаратами началом действия.

1. Азеластин (код АТХ: R01AC0) применяют у детей старше 6 лет в форме назального спрея по 1 ингаляции 2 раза/день.
2. Левокабастин (код АТХ: R01AC02) назначается детям старше 6 лет — по 2 ингаляции в каждый носовой ход во время вдоха 2 раза/сут (максимально — 4 раза/сут).

Интраназальные глюкокортикостероиды

- Интраназальные глюкокортикостероиды рекомендуются для лечения АР детям и подросткам в возрасте от 2 лет (**А — высокая степень убедительности; высший уровень достоверности**).

Комментарии. Интраназальные глюкокортикостероиды активно воздействуют на воспалительный компонент АР, эффективно уменьшая выраженность таких симптомов, как зуд, чихание, ринорея и заложенность носа (**В — умеренная степень убедительности; средний уровень достоверности**), а также глазную симптоматику. Показано, что мометазон^{жк, вк}, флутиказон и циклосонид начинают оказывать эффект в течение первых суток от начала лечения. Применение интраназальных глюкокортикостероидов улучшает проявления сопутствующей астмы (**А — высокая степень убедительности; высший уровень достоверности**), а мометазон и флутиказона фуоат эффективны также при сопутствующем аллергическом конъюнктивите (**В — умеренная степень убедительности; средний уровень достоверности**).

Назальные глюкокортикостероиды хорошо переносятся. Современные препараты для применения 1 раз/день (в частности, мометазон, флутиказона пропионат, флутиказона фуоат) являются предпочтительными, так как обладая более низкой системной биодоступностью (0,5%), в отличие от беклометазона^{жк} (33%), не снижают скорости роста (по данным лечения на протяжении 1 года (**А — высокая степень убедительности; высший уровень достоверности**)).

В качестве возможного нежелательного явления интраназальных глюкокортикостероидов при неправильном применении отмечают перфорацию носовой перегородки и носовые кровотечения, однако отсутствие систематических данных не позволяет оценить риск развития нежелательного явления.

1. Беклометазон^{жк} (код АТХ: R01AD01) разрешен к применению с 6 лет: назначают по 1 распылению (50 мкг) в каждую ноздрю 2–4 раза/день (максимальная доза 200 мкг/сут для детей 6–12 лет и 400 мкг/сут для детей старше 12 лет).

2. Будесонид^{жк} (код АТХ: R01AD05) разрешен к применению у детей с 6 лет: назначают по 1 дозе (50 мкг) в каждую половину носа 1 раз/сут (максимальная доза 200 мкг/сут для детей 6–12 лет и 400 мкг/сут для детей старше 12 лет).

3. Мометазона фуоат^{жк} (код АТХ: R01AD09) для лечения сезонного и круглогодичного АР применяют у детей с 2-летнего возраста: назначают детям 2–11 лет по 1 ингаляции (50 мкг) в каждую половину носа 1 раз/сут, с 12 лет и взрослым — по 2 ингаляции в каждую ноздрю 1 раз/сут.

4. Флутиказона фуоат (код АТХ: R01AD12) назначают детям с 2-летнего возраста по 1 распылению (27,5 мкг флутиказона фуоата в одном распылении) в каждую ноздрю 1 раз/сут (55 мкг/сут). При отсутствии желаемого эффекта при дозе 1 распыление в каждую ноздрю 1 раз/сут возможно повышение дозы до 2 распылений в каждую ноздрю 1 раз/сут (максимальная суточная доза 110 мкг). При достижении адекватного контроля симптомов рекомендуется снизить дозу до 1 распыления в каждую ноздрю 1 раз/сут.

5. Флутиказона пропионат (код АТХ: R01AD08) разрешен к применению у детей с 4 лет: назначают детям 4–11 лет по 1 впрыскиванию (50 мкг) в каждую половину носа 1 раз/день, подросткам с 12 лет — по 2 впрыскивания (100 мкг) в каждую половину носа 1 раз/сут.

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

- Назальные глюкокортикостероиды рекомендуют для использования в качестве терапии первого выбора при умеренно тяжелом или тяжелом АР, особенно если основные жалобы вызывает заложенность носа, в то время как антигистаминным препаратам 2-го поколения/монтелукасту может отдаваться предпочтение при АР легкого течения.

- На сегодняшний день имеется достаточно данных, позволяющих рекомендовать назальные глюкокортикостероиды как более эффективные препараты для лечения АР, чем антигистаминные препараты и монтелукаст (**В — умеренная степень убедительности; средний уровень достоверности**).

Системные глюкокортикостероиды

- Системные глюкокортикостероиды рекомендуются применять только в случаях крайней необходимости при тяжелом персистирующем течении и недостаточном эффекте стандартной терапии (**D — низкая степень убедительности; очень низкий уровень достоверности (консенсусное мнение экспертов)**).

Комментарии. Учитывая высокий риск развития системных побочных эффектов, применение данной группы препаратов для лечения АР у детей весьма ограничено. Детям школьного возраста при тяжелом течении АР может быть назначен лишь короткий курс преднизолона^{жк, вк} (код АТХ: H02AB06) перорально по 10–15 мг/сут; длительность приема — 3–7 дней.

Антагонисты лейкотриеновых рецепторов

- Антагонисты лейкотриеновых рецепторов рекомендованы и эффективны как при интермиттирующем течении, так и при персистенции АР (**А — высокая степень убедительности; высший уровень достоверности**).

Комментарии. Среди модификаторов лейкотриена у детей используется **монтелукаст** (код АТХ: R03DC03). При сопутствующей бронхиальной астме включение в схему терапии монтелукаста позволяет эффективно контролировать симптомы АР, не увеличивая нагрузку глюкокортикостероидами.

У детей в возрасте 2–6 лет используется таблетированная форма в дозировке 4 мг 1 раз/сут, от 6 до 14 лет — жевательные таблетки по 5 мг 1 раз/сут, с 15 лет — по 10 мг/сут.

- Антигистаминные лекарственные средства и монтелукаст рекомендуются в качестве дополнительного средства при терапии назальными глюкокортикостероидами (**В — умеренная степень убедительности; средний уровень достоверности**).

Комментарии. Однако, для определения, являются ли антигистаминные препараты более эффективными, чем монтелукаст, имеющихся сравнительных данных недостаточно.

- Назальные холинолитики на территории Российской Федерации по данному показанию не зарегистрированы; у детей не рекомендуются к применению.

Назальные деконгестанты

- Деконгестанты местного применения — нафазолин (код АТХ: R01AA08), оксиметазолин (код АТХ: R01AA05), ксилотметазолин^{жк, вк} (код АТХ: R01AA07) — рекомендуют при выраженной назальной обструкции коротким курсом (не более 3–5 дней) (**С — низкая степень убедительности; низкий уровень достоверности**).

Комментарии. Более продолжительное использование препаратов данной группы приводит к рецидивирующему отеку слизистой оболочки носа.

Назальный натрия кромогликат

- Рекомендации использования кромонов в настоящее время ограничены низкой эффективностью, высокой кратностью применения (несколько раз в день) по сравнению с другими группами препаратов.

Комментарии. Кромоны менее эффективны в лечении АР, чем интраназальные глюкокортикостероиды, антигистаминные лекарственные средства и монтелукаст (**В — умеренная степень убедительности; средний уровень достоверности**).

1. Кромоглициевая кислота^{жк, вк} (код АТХ: R01AC01) зарегистрирована к применению у детей старше 5 лет с АР легкого течения в форме назального спрея по 1–2 ингаляции в каждый носовой ход 4 раза/день.

Другие препараты

- Увлажняющие средства рекомендованы у детей при АР [8–10] (**А — высокая степень убедительности; высший уровень достоверности**).

Комментарии. Способствуют увлажнению и очищению слизистой оболочки носа, имеют доказанную эффективность. Промывание полости носа физиологическим раствором или стерильным раствором морской воды (код АТХ: R01AX10) — недорогой метод лечения ринита с невысокой, но доказанной эффективностью.

- Анти-IgE терапия: только для лечения АР не рекомендуется.
- Альтернативные методы терапии для лечения АР у детей не рекомендуются.
- Если контроль не достигается в течение 1,5–2 нед, рекомендуется пересмотреть диагноз.

- У детей младше 2 лет при отсутствии эффекта антигистаминных препаратов в течение 1 нед перед усилением терапии рекомендуется пересмотреть диагноз.
- Для сезонной формы заболевания регулярное лечение рекомендуется начинать за 2 нед до ожидаемого начала симптомов.
- При отсутствии контроля над симптомами при тяжелом течении АР рекомендуется назначать короткий курс деконгестантов, в случае необходимости рассматривается возможность экстренного применения короткого курса преднизолона в низких дозах (перорально).

Иммунотерапия

Аллергенспецифическая иммунотерапия (АСИТ) — патогенетическое лечение IgE-опосредованного аллергического заболевания, при котором аллергенный препарат вводится по схеме постепенного увеличения дозы. Ее цель — уменьшение симптомов, ассоциированных с последующей экспозицией (воздействием) причинного аллергена.

- АСИТ рекомендуется детям с АР при наличии четких доказательств связи между экспозицией аллергена, симптомами болезни и IgE-зависимым механизмом [8–13] (**В — умеренная степень убедительности; высший уровень достоверности**).

Комментарии. АСИТ индуцирует клиническую и иммунологическую толерантность, имеет продолжительную эффективность и может предотвращать прогрессирование аллергических болезней: уменьшает вероятность формирования бронхиальной астмы у больных АР и конъюнктивитом и расширения спектра сенсибилизации [12, 13]. Показано положительное влияние АСИТ на качество жизни пациента и членов его семьи.

АСИТ должна проводиться специалистом аллергологом-иммунологом. Лечение проводится только в специализированных аллергологических кабинетах амбулаторно-поликлинических учреждений и аллергологических отделениях стационаров/дневных стационаров. Длительность терапии, как правило, — 3–5 лет. Подбор препарата, как и пути его введения, осуществляется специалистом индивидуально. Сублингвальная АСИТ более предпочтительна для детей, безболезненна, удобна с позиции пути введения и имеет более благоприятный профиль безопасности по сравнению с подкожным методом. Премедикация антигистаминными препаратами и антагонистами лейкотриеновых рецепторов может снизить распространенность и выраженность нежелательных эффектов АСИТ.

Противопоказаниями к проведению АСИТ являются тяжелые сопутствующие состояния — иммунопатологические процессы и иммунодефициты, острые и хронические рецидивирующие заболевания внутренних органов; тяжелая персистирующая бронхиальная астма, плохо контролируемая фармакологическими препаратами; противопоказания к назначению адреналина и его аналогов, плохая переносимость метода.

Фармакоэкономические модели, основанные на данных клинических исследований и метаанализов, указывают на то, что АСИТ является экономически эффективной.

Хирургическое лечение

Обычно не требуется.

Иное лечение

- Рекомендуется обучение пациентов и членов их семей (родителей, законных представителей) [4–9]

(В — умеренная степень убедительности; средний уровень достоверности).

Комментарии. Цель обучения — достижение комплаентности и приверженности назначенному плану терапии, налаживание взаимодействия пациента и его родителей/законных представителей с медицинским специалистом.

В процессе обучения медицинский специалист должен изложить необходимую пациенту и членам его семьи информацию о природе заболевания, элиминационных мероприятиях, препаратах для купирования симптомов и специфической иммунотерапии, составить персонализированный письменный план.

Важно убедить пациента и его родителей/законных представителей в безопасности лекарственных средств, регулярно контролировать технику применения назальных препаратов; информировать о характере ринита, его сопутствующих заболеваниях и осложнениях, а также преимуществах эффективной терапии.

Первичное обучение необходимо дополнять другими образовательными мероприятиями (занятия в аллергошколе). Одной из перспективных альтернатив является использование обучающих компьютерных программ и интернет-ресурсов, особенно для детей старшего возраста и подростков.

ПРОФИЛАКТИКА И ДИСПАНСЕРНОЕ НАБЛЮДЕНИЕ

Профилактика

Первичную профилактику проводят в первую очередь у детей из групп риска с отягощенной наследственностью по atopическим заболеваниям [2, 7–11]. Первичная профилактика включает в себя следующие мероприятия:

- соблюдение беременной женщиной рациональной диеты, при наличии у нее аллергических реакций из диеты исключают высокоаллергенные продукты;
- устранение профессиональных вредностей с первого месяца беременности;
- прием лекарственных препаратов только по строгим показаниям;
- прекращение активного и пассивного курения как фактора, способствующего ранней сенсibilизации ребенка;
- естественное вскармливание — важнейшее направление в профилактике реализации atopической предрасположенности, которое необходимо сохранить как минимум до 6-го месяца жизни (целесообразно исключение из рациона ребенка цельного коровьего молока, соблюдение правил введения продуктов прикорма);
- элиминационные процедуры.

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

- контроль состояния окружающей среды (исключение воздействия потенциально сенсibilизирующих факторов — домашних животных, растений, фитотерапии и др.);
- гипоаллергенную диету с учетом спектра сенсibilизации;
- превентивную терапию антигистаминными препаратами;
- аллергенспецифическую иммунотерапию;
- профилактику 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 лекарственных средств, а также элиминацией аллергенов.

Ведение детей

Детей с аллергическим ринитом наблюдает в амбулаторных условиях врач аллерголог-иммунолог (с кратностью 1 раз в 3–6 мес вне обострения). Комплексное обследование с динамическим контролем состояния, определением изменений спектра и степени сенсibilизации, консультациями других специалистов проводятся детям 1 раз в 6–12 мес, в зависимости от степени тяжести и характера течения процесса — по показаниям, амбулаторно/в дневном стационаре.

При развитии необратимых форм гипертрофии носовых раковин, истинной гиперплазии глоточной миндалины, существенном нарушении носового дыхания и/или нарушении слуха, а также при аномалиях внутриносовой анатомии и патологии придаточных пазух носа по показаниям проводится хирургическое лечение в круглосуточном стационаре [8, 9].

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Аллергический ринит, являясь распространенным заболеванием верхних дыхательных путей, одним из основных факторов риска развития бронхиальной астмы, а также ее обострений, оказывает значительное отрицательное влияние на качество жизни больного ребенка и членов его семьи. Социально-экономическое бремя данной патологии верхних дыхательных путей обусловлено как распространенностью, так и хроническим течением патологического процесса, обусловленного аллергическим воспалением. Своевременная диагностика АР, зачастую сопровождающегося неспецифическими симптомами, комплексный подход к ведению детей с АР, включающий соблюдение рекомендаций по уменьшению или исключению контакта с причинно-значимыми аллергенами и обучение пациента и членов его семьи, позволяют достичь контроля над болезнью. Фармакотерапия, требуя зачастую постоянного длительного применения, купирует симптомы заболевания, но не способна изменить патологическую реакцию организма на аллерген; единственным методом, способным патогенетически воздействовать на иммунную систему, является аллергенспецифическая иммунотерапия. Применение АСИТ, при условии соблюдения приверженности назначенным рекомендациям, позволяет достичь ремиссии, уменьшить объем симптоматической лекарственной терапии, а также существенно улучшить прогноз болезни.

ИСТОЧНИК ФИНАНСИРОВАНИЯ

Не указан.

КОНФЛИКТ ИНТЕРЕСОВ

Авторы подтвердили отсутствие конфликта интересов, о котором необходимо сообщить.

ORCID

Л.С. Намазова-Баранова

<http://orcid.org/0000-0002-2209-7531>

Е.А. Вишнёва

<http://orcid.org/0000-0001-7398-0562>

Л.Р. Селимзянова

<http://orcid.org/0000-0002-3678-7939>

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Akdis CA, Agache I, editors. *Global atlas of allergy*. Zurich: EAACI; 2014. 388 p.
2. Akdis CA, Agache I, editors. *Global atlas of allergic rhinitis and chronic rhinosinusitis*. Zurich: EAACI; 2017. 452 p.
3. А.А. Баранов, Л.С. Намазова-Баранова, Р.М. Хаитов, и др. *Аллергический ринит у детей. Клинические рекомендации Союза педиатров России*. — М.: Союз педиатров России; 2016. [A.A. Baranov, L.S. Namazova-Baranova, R.M. Khaitov, et al. *Allergicheskii rinit u detei. Klinicheskie rekomendatsii Soyuza pediatrov Rossii*. Moscow: Soyuz pediatrov Rossii; 2016. (In Russ).]
4. Ait-Khaled N, Pearce N, Anderson HR, et al. Global map of the prevalence of symptoms of rhinoconjunctivitis in children: The International Study of Asthma and Allergies in Childhood (ISAAC) Phase Three. *Allergy*. 2009;64(1):123–148. doi: 10.1111/j.1398-9995.2008.01884.x.
5. Bousquet J, Khaltaev N, Cruz AA, et al. Allergic Rhinitis and its Impact on Asthma (ARIA) 2008 update (in collaboration with the World Health Organization, GA2LEN and AllerGen). *Allergy*. 2008;63 Suppl 86:8–160. doi: 10.1111/j.1398-9995.2007.01620.x.
6. *Аллергия у детей: от теории — к практике* / Под ред. Намазовой-Барановой Л.С. — М.: Союз педиатров России; 2011. 668 с. [Allergiya u detei: ot teorii — k praktike. Ed by Namazova-Baranova L.S. Moscow: Soyuz pediatrov Rossii; 2011. 668 p. (In Russ).]
7. Вишнёва Е.А., Намазова-Баранова Л.С., Алексеева А.А., и др. Современные принципы терапии аллергического ринита у детей // *Педиатрическая фармакология*. — 2014. — Т.11. — №1 — С. 6–14. [Vishneva EA, Namazova-Baranova LS, Alexeyeva AA, et al. Modern principles of allergic rhinitis therapy in children. *Pediatric pharmacology*. 2014;11(1):6–14. (In Russ).] doi: 10.15690/pf.v11i1.889.
8. Roberts G, Xatzipsalti M, Borrego LM, et al. Paediatric rhinitis: position paper of the European Academy of Allergy and Clinical Immunology. *Allergy*. 2013;68(9):1102–1116. doi: 10.1111/all.12235.
9. Papadopoulos NG, Bernstein JA, Demoly P, et al. Phenotypes and endotypes of rhinitis and their impact on management: a PRACTALL report. *Allergy*. 2015;70(5):474–494. doi: 10.1111/all.12573.
10. Pfaar O, Demoly P, Gerth van Wijk R, et al. Recommendations for the standardization of clinical outcomes used in allergen immunotherapy trials for allergic rhinoconjunctivitis: an EAACI Position Paper. *Allergy*. 2014;69(7):854–867. doi: 10.1111/all.12383.
11. Bousquet J, Schunemann HJ, Fonseca J, et al. MACVIA-ARIA Sentinel Network for allergic rhinitis (MASK-rhinitis): the new generation guideline implementation. *Allergy*. 2015;70(11):1372–1392. doi: 10.1111/all.12686.
12. Курбачева О.М., Павлова К.С., Козулина И.Е. Аллергенспецифическая иммунотерапия: история, методы и новые возможности // *Медицинский совет*. — 2013. — №3–2 — С. 10–19. [Kurbacheva OM, Pavlova KS, Kozulina IE. Allergen-specific immunotherapy: history, methods and new options. *Meditinskii sovet*. 2013;(3–2):10–19. (In Russ).]
13. Вишнёва Е.А., Намазова-Баранова Л.С. Аллергенспецифическая иммунотерапия у детей: перспективы профилактики и лечения // *Педиатрическая фармакология*. — 2015. — Т.12. — №5 — С. 532–536. [Vishnyova EA, Namazova-Baranova LS. Allergen-specific immunotherapy in children: prospects of prevention and treatment. *Pediatric pharmacology*. 2015;12(5):532–536. (In Russ).] doi: 10.15690/pf.v12i5.1454.