



АЛЛЕРГИЧЕСКИЙ РИНИТ У ДЕТЕЙ

Е.А. Куропатникова

ООО «Научно-клинический консультативный центр аллергологии и иммунологии», Москва, Россия

Аллергический ринит (АР) является распространенным, но недооцениваемым заболеванием в педиатрической популяции. В статье представлены современные данные, касающиеся факторов риска, клинических проявлений, коморбидных состояний, диагностики и лечения АР у детей.

Ключевые слова: аллергический ринит, дети, факторы риска, диагностика, лечение.

Allergic rhinitis in childhood

Е.А. Kuropatnikova

Scientific and clinical advisory center of an allergology and immunology, Moscow, Russia

The allergic rhinitis is the widespread, but underestimated disease in pediatric population. The modern data concerning risk factors, clinical implications, comorbid states, diagnostics and treatment of an allergic rhinitis at children are presented in article.

Keywords: allergic rhinitis, children, risk factors, diagnostics, treatment.

ВВЕДЕНИЕ

По определению, ринит – это воспаление слизистой носа, которое характеризуется назальными симптомами, включающими переднюю или заднюю ринорею, чихание, заложенность носа и/или зуд носа. Аллергический ринит (АР) является наиболее распространенной формой неинфекционных ринитов и связан с IgE-опосредованным иммунным ответом на аллергены [1].

АР – одно из наиболее часто встречающихся хронических заболеваний у детей, развивающееся на раннем этапе жизни с самой высокой заболеваемостью в возрасте от 3 до 10 лет [2].

В обзоре Mastroianni и соавт. [3] сообщается, что распространенность и заболеваемость АР в странах Запада увеличивается начиная с 1960-х годов. Несколько позже схожая тенденция стала отмечаться и в странах со средним уровнем дохода. Например, на Ближнем Востоке распространенность АР в настоящее время составляет от 9 до 38%, вероятно, из-за продолжающегося перехода к «западному» образу жизни.

Исследование ISAAC (International Study of Asthma and Allergies in Childhood) показало, что в Западной Европе 8,3% детей в возрасте от 6 до 7 лет

страдают АР, в Северной Америке – 8,8%, а в Южной Америке – 13,1% [4].

В то же время, несмотря на улучшение понимания распространенности АР среди детей в возрасте старше 6 лет (во многом благодаря международным исследованиям ISAAC), данных относительно детей дошкольного возраста недостаточно [5].

Общенациональное исследование, проведенное в Португалии, установило, что 43,4% детей дошкольного возраста страдают ринитом [6].

По данным бразильского исследования, оценивающего симптомы ринита у детей в возрасте 12–15 месяцев, у 48,3% детей на первом году жизни отмечался как минимум один эпизод чихания, насморка или заложенности носа при отсутствии острого респираторного заболевания, а четверть детей развивали повторные эпизоды свистящего дыхания (причем при наличии симптомов АР их частота возрастала) [7].

В позиционном письме EAACI (European Academy of Allergy and Clinical Immunology) подчеркивается, что ринит является распространенной, но недооцениваемой проблемой в педиатрии: его нередко воспринимают как обычную «простуду». В действительности же ринит отрицательно

Сведения об авторе:

Куропатникова Елена Андреевна – врач аллерголог-иммунолог ООО «Научно-клинического консультативного центра аллергологии и иммунологии», 117513, г. Москва, ул. Островитянова, д. 6, e-mail: lenyusionok@mail.ru.



влияет на физическое, социальное и психологическое состояние пациентов и их семей [8].

В исследовании Audino и соавт. [9], включавшем 1283 ребенка в возрасте 10–13 лет, была установлена причинная взаимосвязь между ринитом и депрессивным состоянием.

КЛАССИФИКАЦИЯ

Выделяют три типа АР: сезонный, круглогодичный и профессиональный [1]. Круглогодичный АР (кАР) чаще всего вызывают внутренние аллергены (клещи домашней пыли, плесень, насекомые (тараканы) и перхоть животных). Сезонный АР (сАР) связан с широким спектром наружных аллергенов (пыльца и плесень) [1].

Однако в 2008 году эксперты программы ARIA (Allergic Rhinitis and its Impact on Asthma) предложили классификацию АР по продолжительности симптомов, выделив интермиттирующий АР и персистирующий АР. В зависимости от выраженности симптомов и их влияния на социальную жизнь, учебу и работу выделяют легкий и средне-тяжелый/тяжелый АР [1].

Большинство исследований используют деление АР на кАР и сАР, поэтому версия ARIA 2016 года сохранила данные термины для облегчения интерпретации опубликованных данных [10].

ФАКТОРЫ РИСКА

Генетические факторы, внутриутробное и послеродовое окружение приводят к увеличению распространенности аллергических заболеваний верхних дыхательных путей путем изменения иммунного ответа и развития дисбаланса между врожденным и адаптивным иммунитетом [3].

Частота наследования при АР варьирует от 33 до 91% [3]. В когорте, состоящей из 2413 детей, Westman и соавт. обнаружили, что наличие изолированного АР у родителей повышало вероятность АР у детей – отношение шансов (ОШ) 2,2, 95%-ный доверительный интервал (ДИ) 1,6–3,2, чего не наблюдалось при изолированной астме или экземе. Наличие всех трех атопических состояний у родителей (АР, экзема и астма) вызывало наибольший риск АР (ОШ 5,6, 95% ДИ 3,8–8,4) и неаллергического ринита (ОШ 4,9, 95% ДИ 2,8–8,4) у детей. Наибольшая распространенность АР (37,5%) отмечалась среди детей, чьи родители страдали как АР, так и неаллергическим ринитом [5].

В двух крупных немецких исследованиях Fuertes и соавт. обнаружили повышенный риск формирования атопических заболеваний (особенно астмы и, в меньшей степени, АР и экземы) у потомства даже при условии развития атопии у родителей после рождения детей [5].

В обзорной статье Ng и Wang [5] приводят результаты долгосрочного когортного исследования, в котором изучалась частота аллелей 39 одиночных нуклеотидных полиморфизмов (SNP) для установления ассоциации с определенными аллергическими фенотипами. Для 12 SNP была установлена ассоциация с АР. Лocus TLR6-TLR1, вероятно, играет центральную роль в развитии аллергических заболеваний. Сообщается о наличии ассоциации между генетической изменчивостью в SSTR1-MIPOL1 и TSLP-SLC25A46 и возрастом дебюта АР.

В этом же обзоре [5] сообщается, что два популяционных исследования в Японии показали, что мутации гена филаггрина (FLG – важного предрасполагающего фактора атопического дерматита) являются существенными предрасполагающими факторами сенной лихорадки (ОШ 2,01, 95% ДИ 1,027–3,936, $p < 0,05$). Варианты rs9303277, rs7216389, rs7224129, rs3744246, rs4794820 в локусе предрасположенности к астме 17q21 также ассоциированы с АР.

Несмотря на существенную роль генетической предрасположенности в развитии АР, полностью объяснить его этиологию лишь с помощью генов не удастся, поскольку генетические вариации должны оцениваться в сочетании с многочисленными факторами окружающей среды и клеточными стрессорами, которые, как было показано, способны менять транскрипцию генов в нескольких поколениях [11].

Поиск конкретных агентов, вызывающих изменения в метилировании ДНК, показал, что в качестве модифицирующего фактора в различных исследованиях в последнее время рассматривается табачный дым [11].

Курение ассоциировано с высокой распространенностью хронических ринитов у лиц обоих полов, но с низкой распространенностью АР у лиц мужского пола [12].

Особенности питания матери во время беременности, в том числе селективные добавки (железо, витамин D, фолиевая кислота и др.), могут оказы-

вать как превентивный, так и неблагоприятные эффекты на развитие атопических заболеваний у детей [11].

Установлено, что употребление витамина D во время беременности предотвращает риск развития АР, однако эти данные (в том числе влияние витамина D на рецидивы свистящего дыхания и астму) противоречивы [3]. Так, метаанализ 10 кросс-секционных исследований по текущему уровню 25-ОН витамина D (25ОНD) и распространенности АР и 6 проспективных исследований по развитию АР в зависимости от предшествующего уровня 25ОНD, проведенный Kim и соавт. [13], показал, что ни распространенность текущего АР, ни его развитие в будущем не соответствуют уровню 25ОНD. Сообщается о необходимости проведения больших рандомизированных контролируемых исследований для определения, может ли витамин D быть полезным для профилактики АР.

Применение различных лекарственных препаратов во время беременности также может влиять на распространенность аллергических заболеваний [11]. В качестве примера наблюдательное исследование в Нидерландах обнаружило взаимосвязь между применением женщинами во время беременности препаратов, снижающих кислотность желудка (ингибиторов протонной помпы и блокаторов H₂-гистаминовых рецепторов), и развитием множественных аллергических заболеваний у детей [14].

Andersson и соавт. [15] изучили 16 статей (с 25 исследованиями) по влиянию пренатального материнского стресса на развитие атопии у потомства. В 21 исследовании была обнаружена взаимосвязь между данными состояниями. В трех (из четырех) исследований, касающихся АР, была установлена положительная ассоциация (скорректированное ОШ (сОШ) 0,96–2,38).

Способ родоразрешения рассматривается в качестве фактора, влияющего на распространенность атопических заболеваний в детстве. Однако данные противоречивы [11]. Метаанализ Vager и соавт. [16] не продемонстрировал существенного увеличения риска АР у детей, рожденных путем кесарева сечения.

Показано, что наличие желтухи новорожденных ассоциировано с развитием АР в раннем детстве [17].

Наhm и соавт. [18] показали, что пребывание в младенчестве в недавно построенном доме ассоциировано с более высокими рисками развития АР в возрасте 7–8 лет (ОШ 3,09, 95% ДИ 1,71–5,57), что, возможно, связано с высокой концентрацией химических веществ (летучих органических соединений) в новых зданиях. Повышенная влажность и плесень в жилище также были ассоциированы с АР (ОШ 1,31, 95% ДИ 1,07–1,61).

Что касается экспозиции аллергенов, в исследовании Schoos и соавт. [19] не было обнаружено никакой ассоциации между воздействием собаки или кошки в перинатальном периоде, а также концентрацией аллергенов в образцах пыли из постели и развитием сенсibilизации и ринита в детстве.

Согласно гигиенической гипотезе, микробные воздействия в раннем детстве могут предотвращать аллергию за счет модуляции типа Т-хелперных клеток (Th1/Th2) и дисбаланса Т-регуляторных клеток (Treg). Продемонстрировано, что употребление фермерских молочных продуктов и проживание в традиционной фермерской среде с домашними животными защищает детей от атопии. В этом контексте микробиота человека может играть важную роль, активируя созревание иммунной системы хозяина [3].

Напротив, применение антибактериальных препаратов как в раннем, так и в более позднем возрасте, а также их доза могут увеличивать риск атопических заболеваний дыхательных путей в школьном возрасте [11]. В качестве примера в проспективном продольном исследовании в Швеции [20] было показано, что прием антибиотиков в первую неделю жизни увеличивает риск развития АР в школьном возрасте (сОШ 1,75, 95% ДИ (1,03, 2,97)).

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА И КОМОРБИДНЫЕ СОСТОЯНИЯ

Классическими симптомами АР являются интермиттирующая или персистирующая назальная обструкция, ринорея (передняя или задняя), зуд и чихание [8]. В отличие от АР, вызванного пылью, где сезонные симптомы, связанные с высвобождением гистамина (зуд и чихание) в сочетании с симптомами конъюнктивита легко распознаются, АР, вызванный клещами домашней пыли, преимущественно проявляется заложенностью носа [21]. Обычно симптомы АР возникают в течение нескольких минут после воздей-

ствия аллергена и могут продолжаться часами после его прекращения [8]. У маленьких детей АР может проявляться менее отчетливо [8].

Восприятие симптомов АР в разных возрастных группах может отличаться. Исследование Devillier и соавт. [22] сравнивало профили симптомов и качества жизни у детей, подростков и взрослых с АР, вызванным пылью злаковых трав (n=806). При среднетяжелом и тяжелом АР зуд глаз был ассоциирован с низким качеством жизни во всех возрастных группах, тогда как назальная обструкция и зуд носа – в группе подростков и детей.

Нарушение обоняния является одним из ключевых симптомов у пациентов с АР. Stuck и

соавт. [23] проанализировали 36 статей и установили, что, по данным большинства исследований, при АР обонятельная дисфункция встречается в 20–40% случаев. Причем наличие обонятельной дисфункции, по всей видимости, усиливает тяжесть АР. По данным OLFAPEDRIAL исследования [24], обонятельная дисфункция отмечалась у 44% детей с АР в возрасте 6–12 лет (чаще при персистирующем АР).

Анатомически и функционально нос сообщается с глазами, околоносовыми пазухами, носоглоткой, средним ухом, гортанью и нижними дыхательными путями, поэтому при АР у пациентов могут отмечаться конъюнктивит, хронический кашель,

Таблица 1. Дифференциальный диагноз ринита у детей [8]

Диагноз	Дошкольный возраст	Школьный возраст	Подростковый возраст
Атрезия хоан и стеноз	Обструкция при отсутствии других симптомов АР	—	—
Иммунодефицит	Упорные слизисто-гнойные выделения		—
Энцефалоцеле	Односторонний назальный «полип»	—	—
Гипертрофия аденоидов	Ротовое дыхание, прозрачные выделения из носа, храп при отсутствии других симптомов АР		—
Инородное тело	Односторонние выделения из носа, неприятный запах	—	—
Риносинусит	—	Выделения из носа, головная боль, боль в области лица, снижение обоняния, неприятный запах изо рта, кашель	
Кистозный фиброз	Двусторонние полипы носа, нарушение обоняния, симптомы со стороны грудной клетки, симптомы мальабсорбции, нарушение развития		
Первичная цилиарная дискинезия	Упорные слизисто-гнойные выделения, не прекращающиеся между «простудами», двусторонний застой слизи и выделения в области дна носовой полости, симптомы возникают с рождения		
Утечка цереброспинальной жидкости	Бесцветные выделения из носа часто при наличии травмы в анамнезе		
Коагулопатия	Повторяющиеся носовые кровотечения при минимальной травматизации		
Смещение носовой перегородки	—	Обструкция при отсутствии других симптомов АР	

ротовое дыхание, гнусавость и храп с или без обструктивного ночного апноэ [8].

Наиболее распространенным коморбидным для АР заболеванием является аллергический конъюнктивит [8]. Также астма часто сосуществует с АР, который, по данным разных исследований, наблюдается у 1/2–3/4 детей и подростков с астмой. АР является одним из факторов риска астмы. В международном опросе с участием 8 стран Европы и Азии 76% детей с впервые диагностированной астмой отметили существование предшествующих симптомов АР. АР увеличивает риск госпитализации при астме [8].

Показано, что коморбидность астмы и АР связана с передаваемым по отцовской линии метилированием ДНК в гене рецептора мелатонина-1А (MTNR1A) в регионе 4q35 [25].

Экзема и ринит часто выступают в качестве коморбидных состояний во всех возрастных группах [8]. Dharmage и соавт. [26] провели обзор 17 долгосрочных исследований и установили, что пациенты, страдающие экземой в раннем детском возрасте, имеют более высокие риски развития АР и астмы в последующем.

Хроническое аллергическое воспаление верхних дыхательных путей может вызывать лимфоидную гипертрофию, приводя к разрастанию аденоидов и миндалин [8]. Отмечено существенное увеличение размеров аденоидов во время сезона пыления у детей с сАР [27].

Хронический риносинусит (ХРС) рассматривается как коморбидное заболевание при АР, однако неясно, приводит ли АР к развитию ХРС [5]. Georgalas и соавт. [28] провели обзор существующей литературы для установления связи между АР и ХРС у взрослых и детей. По заключению авторов, имеющиеся исследования гетерогенны по методам и качеству, и доказательств причинных взаимоотношений между этими заболеваниями недостаточно.

ДИАГНОСТИКА И МОНИТОРИНГ

Клинический анамнез, включающий характер, продолжительность, частоту симптомов и провоцирующие их факторы, является краеугольным камнем для диагностики ринита у детей. Такие клинические проявления, как односторонность симптомов, назальная обструкция при отсутствии других симптомов, слизисто-гнойные выделения,

боль или повторные носовые кровотечения могут указывать на наличие другого диагноза. Дифференциальный диагноз ринита у детей в зависимости от возрастной группы представлен в таблице 1 [8].

При диагностике ринита всегда следует проводить осмотр слизистой носа, главным образом для исключения назальных полипов. Осмотр слизистой носа у пациентов с АР путем передней риноскопии демонстрирует бледную/гиперемированную отечную слизистую [29].

В повседневной практике диагноз АР обычно основывается на характерном клиническом анамнезе, подтвержденном передней риноскопией, и небольшим числом тестов, подтверждающих IgE-сенсibilизацию [8].

Наличие сенсibilизации является основным фактором риска АР у детей. Отрицательное прогностическое значение отсутствия сенсibilизации может достигать 95% в клинической популяции, а ложноотрицательные результаты могут быть связаны с локальной продукцией специфических IgE, что особенно характерно для маленьких детей, у которых симптомы ринита манифестировали совсем недавно [8].

Сенсibilизация к аллергенам может быть установлена с помощью кожных прик-тестов или определения аллерген-специфических IgE в крови. Измерение уровня общего IgE в сыворотке имеет малую ценность при оценке аллергической этиологии ринита [8].

Для определения специфических IgE необходимо взятие крови, что может представлять трудности у маленьких детей. Поэтому недавно созданные микрочипы для аллергологической диагностики заслуживают особого внимания, поскольку позволяют проводить одновременную оценку профилей антител к большому числу аллергенных молекул, используя минимальный объем сыворотки [11].

Обнаружение IgE к специфическим аллергенным молекулам с помощью молекулярной диагностики представляет тест второй линии, полезный для определения клинически значимых сенсibilизаций к главным (мажорным) и перекрестно-реагирующим аллергенам [30].

Недавно в рамках проекта MeDALL был разработан новый вид микрочипа, с помощью которого можно идентифицировать аллергическую сенси-

билизацию к большему числу компонентов аллергенов и на более ранней стадии, по сравнению с кожными прик-тестами и ISAC [31]. Однако прогностическую ценность данного метода следует подтвердить в дальнейших исследованиях.

Любой метод диагностики, основанный на оценке уровня IgE-антител, остается инвазивным, поскольку подразумевает обязательное взятие крови. Кроме того, полученные результаты всегда следует интерпретировать в соответствии с клинической картиной, поскольку обнаружение специфических IgE необязательно означает наличие аллергии [11]. Часть детей с положительными аллергологическими тестами не имеют симптомов АР, у других с симптомами ринита обнаруживают сенсibilизацию к аллергенам, которые не вызывают у них клинических симптомов [8].

Количественная оценка уровня специфических IgE-антител или размера волдыря при каждом тестировании может улучшить специфичность этих тестов при оценке заболеваний дыхательных путей и предоставить клиницисту больше информации, чем данные только о наличии или отсутствии атопии [8].

Результаты назальной цитологии также могут помочь в диагностике ринита. В исследовании детей в возрасте от 5 до 18 лет более высокое содержание эозинофилов в назальном секрете отмечалось у пациентов с АР по сравнению с пациентами, которым был выставлен диагноз неаллергический ринит [32]. При этом различий в количестве нейтрофилов не отмечалось, а уровень эозинофилов и нейтрофилов не зависел от степени тяжести АР.

Для оценки других возможных диагнозов, особенно в случае неэффективности терапии, могут потребоваться дальнейшие исследования. Измерение назального мукоцилиарного клиренса и назального оксида азота полезно при диагностике первичной цилиарной дискинезии, а назальная эндоскопия – для визуализации полипов. Акустическая ринометрия позволяет выявить уменьшение поперечного диаметра носовой полости на уровне носоглотки. Для оценки состояния назофарингеальных дыхательных путей можно использовать рентгенограмму в боковой проекции. Компьютерная томография может помочь в диагностике ХРС [8].

Важным инструментом для мониторинга аллергических заболеваний дыхательных путей являют-

ся опросники, позволяющие оценивать контроль и качество жизни пациентов с АР и астмой. Например, CARATKids разработан для детей в возрасте 6–12 лет [33], а RHINASTHMA-Adolescents зарекомендовал себя как полезный инструмент для улучшения контроля респираторной аллергии у подростков [34].

Недавно появился проект Mobile-health для клинической диагностики и мониторинга АР у пациентов с помощью мобильных телефонов [35].

Для решения ряда потребностей при АР (идентификация времени начала сезона пыления, оптимальный контроль ринита и сопутствующих заболеваний и др.) была разработана система MASK-rhinitis (MACVIA-ARIA Sentinel Network for allergic rhinitis), основанная на наиболее популярном руководстве по АР-ARIA [36].

ЛОКАЛЬНЫЙ АЛЛЕРГИЧЕСКИЙ РИНИТ

Локальный АР (ЛАР) – фенотип, характеризующийся Th2-типом воспалительного ответа в слизистой носа и локальной продукцией специфических IgE. ЛАР диагностируют в случае положительного ответа на назальный провокационный тест и/или при обнаружении специфических IgE в слизистой носа при отсутствии доказательств системной атопии [3].

ЛАР может выступать как начальный этап в течении АР или как стабильный фенотип, никогда не переходящий в «системную» IgE-сенсibilизацию. Такие биомаркеры, как обнаружение в слизистой носа интерлейкина-5 и тимического стромального лимфопоэтина, поддерживают соответствующие данные в пользу существования ЛАР [3].

По некоторым данным, ЛАР выявляется у половины взрослых с неаллергическим ринитом. Однако в исследовании Buntarickronpan среди детей ЛАР оказался нераспространенным заболеванием. Тем не менее необходимы дальнейшие исследования в большей популяции [37].

ЛЕЧЕНИЕ АЛЛЕРГИЧЕСКОГО РИНИТА

Элиминационные мероприятия

В немногих исследованиях изучена эффективность элиминации клещей домашней пыли при АР у детей. И в целом данные исследования не смогли продемонстрировать преимущества подобных



мероприятий, однако полученные результаты не могут быть представлены как окончательные из-за небольшого размера исследований и особенностей их дизайна [8].

Медикаментозное лечение

Оральные и назальные антигистаминные препараты

Оральные и назальные антигистаминные препараты (оАГ и нАГ) второго поколения эффективны при АР [8].

ОАГ второго поколения характеризуются высокой селективностью в отношении H1-рецепторов, слабым антихолинергическим действием, минимальным седативным потенциалом, быстрым началом действия и длительным периодом полураспада [38, 39].

ОАГ первого поколения не следует применять для лечения АР из-за нежелательных реакций [40].

В исследовании Segal и соавт. [41], оценивающим эффективность и безопасность оригинального препарата цетиризина у детей в возрасте 6–11 лет с сАР, было установлено, что цетиризин обладает достоверной эффективностью в отношении облегчения симптомов сАР у детей.

В рандомизированном двойном слепом плацебо-контролируемом исследовании Ciprandi и соавт. [42] оценивали влияние цетиризина на цитокиновый профиль у подростков 12–16 лет с персистирующим, резистентным к терапии АР. В результате после двухнедельного периода лечения было отмечено, что в группе цетиризина заложенность носа достоверно снижалась в три раза ($p=0,007$), цетиризин достоверно уменьшал число эозинофилов и нейтрофилов и концентрацию интерлейкина-4 и интерлейкина-8 в слизистой носа.

В рандомизированном двойном слепом плацебо-контролируемом исследовании в 15 центрах США Skoner и соавт. [43] показали, что цетиризин приводит к значительному уменьшению тяжести симптомов и улучшению качества жизни у взрослых пациентов с кАР.

Lauriello и соавт. [44] в рандомизированном исследовании установили, что и проведение аллерген-иммунотерапии (АИТ), и длительное применение цетиризина эффективно уменьшают эозинофильную инфильтрацию и содержание молекул адгезии в назальном секрете у пациентов с тяжелым кАР, вызванным клещами домашней пыли,

причем цетиризин контролировал назальное воспаление эффективнее.

Назальные глюкокортикостероиды

Назальные глюкокортикостероиды (нГКС) направлены на воспалительный компонент АР. Большинство исследований с хорошим дизайном рекомендуют их к использованию у детей и подростков с 2 лет [8].

Также вероятно, что нГКС улучшают течение сопутствующей астмы, а также уменьшают симптомы конъюнктивита [8].

В целом переносимость этих препаратов хорошая. Более современные препараты для однократного применения являются предпочтительными по сравнению с бекламетазоном, поскольку не нарушают скорость роста (что, вероятно, связано с более низкой системной биодоступностью). В качестве побочных эффектов при применении нГКС описываются назальная перфорация и носовые кровотечения, но систематически собранных данных об этих нежелательных явлениях нет [8].

Антагонисты лейкотриеновых рецепторов

Монотерапия монтелукастом показала свою эффективность как при сАР, так и при кАР в двух небольших исследованиях с хорошим дизайном в педиатрической популяции, а также в двух мета-анализах исследований, проведенных преимущественно среди взрослых [8].

Назальные стабилизаторы мембран тучных клеток

Назальный кромогликат натрия является эффективным средством для лечения АР, однако необходимость использования препарата несколько раз в день снижает комплаентность [8].

Назальные деконгестанты

Топические деконгестанты назначаются при тяжелой назальной обструкции, но лишь только в течение нескольких дней, поскольку более длительное применение может привести к усилению отека слизистой носа [8].

Другие методы лечения

Назальные солевые растворы доступны по стоимости и, как было показано, эффективны при рините [8].



У пациентов с плохо контролируемой, средне-тяжелой и тяжелой астмой и АР продемонстрирована эффективность омализумаба (анти-IgE-терапия) как для астмы, так и для ринита [8].

СРАВНЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ РАЗЛИЧНЫХ ФАРМАКОЛОГИЧЕСКИХ ПОДХОДОВ

По заключению экспертов, версия ARIA 2016 года приводит сравнительные рекомендации по применению той или иной фармацевтической группы лекарственных препаратов при сАР и кАР. ARIA 2016 года рассматривает 6 вопросов по лече-

нию АР (таблица 2) [10]. Данные рекомендации применимы непосредственно к пациентам со среднетяжелым и тяжелым АР и в меньшей степени – с легким АР, которые зачастую не обращаются за медицинской помощью и самостоятельно лечатся доступными лекарственными препаратами. Однако почти все исследования, анализируемые для получения ответов на вопросы в данном документе, включали исключительно взрослых пациентов [10].

НГКС более эффективны для контроля АР, чем антигистаминные препараты или монтелукаст. Все указанные группы препаратов более эффективны, чем назальный кромогликат натрия. Симптомы

Таблица 2. *Рекомендации ARIA 2016 года [10]*

Вопрос: Что предпочтительнее для лечения АР?	Сезонный АР	Круглогодичный АР
Комбинация оАГ с нГКС или монотерапия нГКС?	Предлагается использовать любой из двух вариантов (нГКС или нГКС+оАГ) Условная рекомендация/низкое качество доказательной базы	Предлагается выбирать нГКС Условная рекомендация/очень низкое качество доказательной базы
Комбинация нАГ с нГКС или монотерапия нГКС?	Предлагается использовать любой из двух вариантов (нГКС или нГКС+нАГ) Условная рекомендация/среднее качество доказательной базы	Предлагается использовать любой из двух вариантов (нГКС или нГКС+нАГ) Условная рекомендация/очень низкое качество доказательной базы
Комбинация нАГ с нГКС или монотерапия нАГ?	Предлагается выбирать комбинацию нГКС+нАГ Условная рекомендация/низкое качество доказательной базы	—
АЛП или оАГ?	Предлагается использовать любой из двух вариантов (АЛП или оАГ) Условная рекомендация/среднее качество доказательной базы	Предлагается выбирать оАГ Условная рекомендация/низкое качество доказательной базы
нАГ или нГКС?	Предлагается выбирать нГКС Условная рекомендация/среднее качество доказательной базы	Предлагается выбирать нГКС Условная рекомендация/низкое качество доказательной базы
нАГ или оАГ?	Предлагается использовать любой из двух вариантов (нАГ или оАГ) Условная рекомендация/среднее качество доказательной базы	Предлагается использовать любой из двух вариантов (нАГ или оАГ) Условная рекомендация/очень низкое качество доказательной базы

Примечания: сАР – сезонный аллергический ринит, кАР – круглогодичный аллергический ринит, нГКС – назальные глюкокортикостероиды, оАГ – оральные H1-антигистаминные препараты, нАГ – назальные H1-антигистаминные препараты, АЛП – препараты-антагонисты лейкотриеновых рецепторов.

обструкции эффективно контролируются только нГКС. В педиатрической популяции сравнительных данных по эффективности антигистаминных препаратов и монтелукаста недостаточно, хотя некоторые исследования показывают большую эффективность антигистаминных препаратов при зуде носа. Антигистаминные препараты и монтелукаст могут обеспечить некоторое преимущество при дополнительном подключении к нГКС [8].

Эксперты ЕААСI предлагают использовать нГКС в качестве терапии первой линии при среднетяжелом и тяжелом АР, особенно когда преобладающей жалобой является назальная обструкция. Антигистаминные препараты могут оказаться более предпочтительными при легком АР с целью минимизации воздействия глюкокортикостероидов в педиатрической популяции [8].

КОМПЛАЕНТНОСТЬ

Приверженность к использованию назальных спреев может быть недостаточной из-за испытываемого дискомфорта, особенно у маленьких детей. Кроме того, важно правильно использовать назальные препараты, поэтому обучение пациентов является существенным моментом. Необходимо объяснять пациентам и родителям вопросы безопасности применения нГКС наряду с информацией о природе ринита, сопутствующих заболеваниях, осложнениях и преимуществах эффективной терапии [8].

АИТ

Большинство детей с аллергией страдают не только АР, но имеют коморбидные заболевания, а также полисенсibilизацию. Таким образом, пациенты нуждаются в индивидуально адаптированной схеме терапии, которая будет контролировать течение заболевания [11].

АИТ является единственным модифицирующим болезнь способом лечения, который приводит к устойчивому облегчению симптомов даже после прекращения терапии [45].

Однако АИТ назначается не так часто [11]. Кросс-секционное исследование, проведенное в 271 центре Испании и включавшее 1275 детей с АР, показало, что наиболее часто врачи назначали оАГ (76%), нГКС (49%) и их комбинацию (45%), в то время как АИТ проводилась лишь 21% пациентов [46].

Эффективность АИТ зависит от правильного отбора пациентов, типа аллергенов и препаратов для лечения [3]. В конечном итоге решение по инициации АИТ для каждого пациента должно приниматься на основании оценки имеющихся заболеваний и риска/пользы [47].

Показано, что молекулярная диагностика может быть основным диагностическим инструментом для повышения эффективности АИТ у детей с полисенсibilизацией за счет выбора наиболее причинно-значимого аллергена [3].

АИТ имеет долгосрочную эффективность, демонстрируя снижение иммунологической реактивности после прекращения лечения. Эффективность АИТ у детей может быть еще выше, чем у взрослых. Кроме того, была подчеркнута возможная эффективность АИТ и в отношении снижения распространенности респираторных инфекций у детей [3].

Продолжительность лечения определяется индивидуально и обычно составляет 3–5 лет, чтобы вызвать длительную ремиссию после прекращения лечения. Argoabarron и соавт. [48] обнаружили, что подкожная иммунотерапия (ПКИТ) в течение 3 лет приводила к значительному улучшению АР и астмы, вызванных клещами домашней пыли, у детей, в то время как 5-летний курс лечения усиливал клиническую эффективность при АР.

Новые способы иммунотерапии с использованием пептидов или рекомбинантных аллергенов становятся реальностью в практике аллерголога [3]. Например, подкожное применение депигментированных полимеризованных экстрактов позволило очень быстро и безопасно набирать дозу и достигать хорошего клинического ответа у детей [49].

Senti и соавт. [50] представили резюме трех клинических исследований с использованием эпикутанной АИТ, показав улучшение симптомов поллиноза и хороший профиль безопасности.

НЕКОНТРОЛИРУЕМЫЙ АЛЛЕРГИЧЕСКИЙ РИНИТ

В то время как у большинства пациентов во время фармакологического лечения достигается контроль АР, 10–20% случаев все еще остаются неконтролируемыми и должны быть охарактеризованы как тяжелое хроническое заболевание верхних дыхательных путей (SCUAD – severe chronic upper airway disease) [51].

Hellings и соавт. [52] проанализировали неконтролируемый АР и ХРС, при которых выделили четыре основных фактора, способствующих отсутствию контроля: факторы, связанные с болезнью (SCUAD, эндогенные, экзогенные и генетические факторы), факторы, связанные с диагностикой (ошибочный диагноз, параллельно протекающие локальные или системные заболевания), факторы, связанные с пациентом (комплаентность), и факторы, связанные с лечением (неадекватное лечение и контроль).

В качестве факторов, связанных с болезнью, приводятся факторы окружающей среды (аллергенная нагрузка, воздействие сигаретного дыма, внутренние и наружные поллютанты), женские половые гормоны, особенности нейровоспалительных механизмов (в частности субстанция Р) и др. [52].

При неконтролируемом заболевании верхних дыхательных путей необходимо уточнить диагнозы АР или ХРС и выявить другие факторы и причины, которые могут приводить к отсутствию контроля над симптомами ринита [52].

ПРОФИЛАКТИКА

Много усилий прилагается для профилактики аллергических заболеваний. Иммунологическое вмешательство в очень раннем возрасте является мишенью для подавления предрасположенности иммунной системы к развитию Th2-ответов на безобидные антигены [3].

Holt и соавт. предложили сублингвальное введение аллергенов клещей домашней пыли, кошки и пыльцы тимотея детям из группы высокого риска в возрасте 12–30 месяцев. Однако проведение СЛИТ в течение 3 лет не предотвращало развитие астмы или сенсибилизации к аэроаллергенам [53].

В проспективном пилотном исследовании [54] изучали профилактический эффект СЛИТ в отношении сенсибилизации у моно- и олигосенсибилизированных, клинически бессимптомных детей в возрасте 2–5 лет. Профилактическая СЛИТ в течение 1–2 лет была безопасна, не усиливала сенсибилизацию и сопровождалась повышением уровней аллерген-специфических IgG и интерлейкина-10.

АИТ может обеспечивать вторичную профилактику в отношении развития сенсибилизации к

новым аллергенам у детей с АР и формирования астмы и бронхиальной гиперреактивности у детей с АР, сенсибилизированных к пыльце или клещам домашней пыли [3].

В качестве превентивных мер также изучают эффективность пробиотиков и бактериальных лизатов. Важно исключение активного и пассивного курения [3].

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Высокая распространенность, гетерогенность клинических симптомов, снижение качества жизни, хроническое течение, повышенный риск формирования астмы обуславливают необходимость особого внимания врачей к проблеме АР. Кроме того, АР остается не полностью изученным заболеванием. Несмотря на современные возможности диагностики и лечения, некоторые аспекты АР по-прежнему представляют трудности: коморбидные заболевания, фенотип ЛАР, мониторинг АР, неконтролируемое течение АР, первичная профилактика АР. Учитывая повышенный риск развития астмы при АР, необходим дальнейший поиск терапевтических стратегий, позволяющих предотвратить формирование астмы в будущем у таких пациентов. Поскольку чаще всего АР страдают дети, дальнейшие исследования в данной популяции особенно актуальны.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Allergic Rhinitis and its Impact on Asthma (ARIA) 2008 update (in collaboration with the World Health Organization, GA(2)LEN and AllerGen) / J. Bousquet, N. Khaltaev, A.A. Cruz et al. // Allergy. 2008. Vol. 63 (suppl 86). P. 8–160.*
2. *Prediction and prevention of allergic rhinitis: a birth cohort study of 20 years / L. Grabenhenrich, T. Keil, A. Reich et al. // J. Allergy Clin. Immunol. 2015. Vol. 136. P. 932–940.*
3. *Asthma and allergic rhinitis in childhood: what's new / C. Mastrorilli, D. Posa, F. Cipriani et al. // Pediatr Allergy Immunol. 2016. Vol. 27. P. 795–803.*
4. *Global map of the prevalence of symptoms of rhinoconjunctivitis in children: the International Study of Asthma and Allergies in Childhood (ISAAC) phase three / N. Ait-Khaled, N. Pearce, H.R. Anderson et al. // Allergy. 2009. Vol. 64. P. 123–148.*

5. Ng C.L., Wang D.Y. Latest developments in allergic rhinitis in *Allergy for clinicians and researchers* // *Allergy*. 2015. Vol. 70. P. 1521–1530.
6. Prevalence and classification of rhinitis in pre-school children in Portugal: a nationwide study / M. Morais-Almeida, N. Santos, A.M. Pereira et al. // *Allergy*. 2013. Vol. 68. P. 1278–1288.
7. Allergic rhinitis in preschool children from southern Brazil / H.J. Chong Neto, C.S. Rosario, B.A. Rosario et al. // *Allergy*. 2014. Vol. 69. P. 545–547.
8. Paediatric rhinitis: position paper of the European Academy of Allergy and Clinical Immunology / G. Roberts, M. Xatzipsalti, L.M. Borrego et al. // *Allergy*. 2013. Vol. 68. P. 1102–1116.
9. Rhinitis as a risk factor for depressive mood in pre-adolescents: a new approach to this relationship / P. Audino, S. la Grutta, F. Cibella et al. // *Pediatr Allergy Immunol*. 2014. Vol. 25. P. 360–365.
10. Allergic Rhinitis and its Impact on Asthma (ARIA) Guidelines – 2016 Revision / J.L. Broek, J. Bousquet, I. Agache et al. // *J. Allergy Clin. Immunol.* 2017, Jun. Vol. 8. pii: S0091–6749(17)30919–3. doi: 10.1016/j.jaci.2017.03.050.
11. Hofmaier S. Allergic airway diseases in childhood: An update // *Pediatr Allergy Immunol*. 2015. Vol. 25. P. 810–816.
12. Cigarette smoking is associated with high prevalence of chronic rhinitis and low prevalence of allergic rhinitis in men / J. Eriksson, L. Ekerljung, B.M. Sundblad et al. // *Allergy*. 2013. Vol. 68. P. 347–354.
13. Vitamin D Level in Allergic Rhinitis: A Systemic Review and Meta-Analysis / Yoon Hee Kim, Min Jung Kim, In Suk Sol et al. // *J. Allergy Clin. Immunol.* 2016. Vol. 137, № 2. Supplement, P. AB94.
14. Prenatal exposure to acid-suppressive drugs and the risk of allergic diseases in the offspring: a cohort study / B. Mulder, C.C. Schuiling-Veninga, H.J. Bos et al. // *Clin. Exp. Allergy*. 2014. Vol. 44. P. 261–269.
15. Prenatal maternal stress and atopic diseases in the child: a systematic review of observational human studies / N.A.W. Andersson, M.V. Hansen, A.D. Larsen et al. // *Allergy*. 2016. Vol. 71. P. 15–26.
16. Mode of delivery and risk of allergic rhinitis and asthma / P. Bager, M. Melbye, K. Rostgaard et al. // *J. Allergy Clin. Immunol.* 2003. Vol. 111. P. 51–56.
17. Sun H.L., Lue K.H., Ku M.S. Neonatal jaundice is a risk factor for childhood allergic rhinitis: a retrospective cohort study // *Am. J. Rhinol. Allergy*. 2013. Vol. 27. P. 192–196.
18. Do newly built homes affect rhinitis in children? The ISAAC phase III study in Korea / M.I. Hahm, Y. Chae, H.J. Kwon et al. // *Allergy*. 2014. Vol. 69. P. 479–487.
19. Early indoor aeroallergen exposure is not associated with development of sensitization or allergic rhinitis in high-risk children / A-MM. Schoos, B.L. Chawes, E. Jelding-Dannemand et al. // *Allergy*. 2016. Vol. 71. P. 684–691.
20. Antibiotics in the first week of life is a risk factor for allergic rhinitis at school age / B. Alm, E. Goksor, R. Pettersson et al. // *Pediatr Allergy Immunol*. 2014. Vol. 25. P. 468–472.
21. Turner P.J., Kemp A.S. Allergic rhinitis in children // *J. Paediatr Child. Health*. 2012. Vol. 48. P. 302–310.
22. Comparison of outcome measures in allergic rhinitis in children, adolescents and adults / P. Devillier, P.-J. Bousquet, S. Grassin-Delyle et al. // *Pediatr Allergy Immunol*. 2016. Vol. 27. P. 375–381.
23. Stuck B.A., Hummel T. Olfaction in allergic rhinitis: A systematic review // *J. Allergy Clin Immunol*. 2015. Vol. 136. P. 1460–1470.
24. Allergic rhinitis causes loss of smell in children: The OLFAPEDRIAL study / C. Langdon, J.M. Guilemany, M. Valls et al. // *Pediatr Allergy Immunol*. 2016. Vol. 27. P. 867–870.
25. DNA methylation within melatonin receptor 1A (MTNR1A) mediates paternally transmitted genetic variant effect on asthma plus rhinitis / C. Sarnowski, C. Laprise, G. Malerba et al. // *J. Allergy Clin. Immunol*. 2016. Vol. 138. P. 748–753.
26. Atopic dermatitis and the atopic march revisited / S.C. Dharmage, A.J. Lowe, M.C. Matheson et al. // *Allergy*. 2014. Vol. 69. P. 17–27.
27. Modrzynski M., Zawisza E. The influence of birch pollination on the adenoid size in children with intermittent allergic rhinitis // *Int. J. Pediatr Otorhinolaryngol*. 2007. Vol. 71. P. 1017–1023.
28. Is chronic rhinosinusitis related to allergic rhinitis in adults and children? Applying epidemiological

- guidelines for causation* / C. Georgalas, I. Vlastos, V. Picavet et al. // *Allergy*. 2014. Vol. 69. P. 828–833.
29. *Diagnostic tools in rhinology EAACI position paper* / G. Scadding, P. Hellings, I. Alobid et al. // *Clin. Transl. Allergy*. 2011. Vol. 11. P. 2.
30. *EAACI molecular allergology user's guide* / P.M. Matricardi, J. Kleine-Tebbe, H.J. Hoffmann et al. // *Pediatr Allergy Immunol*. 2016. Vol. 27. (Suppl 23). P. 1–250.
31. *The use of the MeDALL-chip to assess IgE sensitization: a new diagnostic tool for allergic disease?* / I. Skrindo, C. Lupinek, R. Valenta et al. // *Pediatr Allergy Immunol*. 2015. Vol. 26. P. 239–246.
32. *Analysis of nasal cytology in children and adolescents with rhinitis* / N.A. Lozano, R.J. Saranz, A. Lozano et al. // *Rev. Fac. Cien. Med. Univ. Nac. Cordoba*. 2017. Vol. 74, № 2. P. 126–133.
33. *Validation of control of allergic rhinitis and asthma test for children (CARATKids) – a prospective multicenter study* / D.V. Linhares, J.A. da Fonseca, L.M. Borrego et al. // *Pediatr Allergy Immunol*. 2014. Vol. 25. P. 173–179.
34. *RHINASTHMA-Adolescents: a new quality of life tool for patients with respiratory allergy* / S. la Grutta, M. Landi, F. Braido et al. // *Pediatr Allergy Immunol*. 2014. Vol. 25. P. 450–455.
35. *Pilot study on the short-term prediction of symptoms in children with hay fever monitored with e-Health technology* / C. Costa, P. Menesatti, M.A. Brighetti et al. // *Europ. Annals. Allergy Clin. Immunol*. 2014. Vol. 466. P. 216–225.
36. *MACVIA-ARIA Sentinel Network for allergic rhinitis (MASK-rhinitis): the new generation guideline implementation* / J. Bousquet, H.J. Schunemann, J. Fonseca et al. // *Allergy*. 2015. Vol. 70. P. 1372–1392.
37. *The proportion of local allergic rhinitis to *Dermatophagoides pteronyssinus* in children* / P. Buntarickpornpan, J. Veskitkul, P. Pacharn et al. // *Pediatr Allergy Immunol*. 2016. Vol. 27. P. 574–579.
38. *Tran N.P., Vickery J., Blaiss M.S. Management of rhinitis: allergic and non-allergic* // *Allergy Asthma Immunol. Res*. 2011. Vol. 3. P. 148–156.
39. *The diagnosis and management of rhinitis: an updated practice parameter* / D.V. Wallace, M.S. Dykewicz, D.I. Bernstein et al. // *J. Allergy Clin. Immunol*. 2008. Vol. 122. S. 1–84.
40. *Risk of first-generation H(1)-antihistamines: a GA(2)LEN position paper* / M.K. Church, M. Maurer, F.E. Simons et al. // *Allergy*. 2010. Vol. 65. P. 459–466.
41. *Segal A. et al. Once-Daily Cetirizine Is Safe and Effective for Children with Allergic Rhinitis with and without Intermittent Asthma* // *Pediatric Asthma, Allergy and immunology*. 2003. Vol. 16, № 4. P. 265–274.
42. *Ciprandi G. et al. Cetirizine reduces cytokines and inflammatory cells in children with perennial allergic rhinitis* // *Eur. Ann. Allergy Clin. Immunol*. 2004, Jun. Vol. 36, № 6. P. 237–240.
43. *Skoner D.P. et al. Effect of cetirizine on symptom severity and quality of life in perennial allergic rhinitis* // *Allergy Asthma Proc*. 2014. Vol. 35, № 4. P. 338–345.
44. *Lauriello M. et al. A two-year course of specific immunotherapy or of continuous antihistamine treatment reverse eosinophilic inflammation in severe persistent allergic rhinitis* // *Acta Otorhinolaryngol Ital*. 2005. Vol. 25, № 5. P. 284–291.
45. *Allergen immunotherapy: a new semantic framework from the European Academy of Allergy and Clinical Immunology* / M.A. Calderon, T. Casale, L. Cox et al. // *American Academy of Allergy Asthma and Immunology / PRACTALL consensus report* // *Allergy*. 2013. Vol. 68. P. 825–828.
46. *Analysis of comorbidities and therapeutic approach for allergic rhinitis in a pediatric population in Spain* / M. Dolores Ibanez, A. Luis Valero, J. Montoro et al. // *Pediatr Allergy Immunol*. 2013. Vol. 24. P. 678–684.
47. *Clinical contraindications to allergen immunotherapy: an EAACI position paper* / C. Pitsios, P. Demoly, M.B. Biló et al. // *Allergy*. 2015. Vol. 70. P. 897–909.
48. *Optimal duration of allergen immunotherapy in children with dust mite respiratory allergy* / E. Arroabarren, A.I. Tabar, S. Echechipia et al. // *Pediatr Allergy Immunol*. 2015. Vol. 26. P. 34–41.
49. *Pfaar O., Sager A., Robinson D.S. Safety and effect on reported symptoms of depigmented polymerized allergen immunotherapy: a retrospective study of 2927 paediatric patients* // *Pediatr Allergy Immunol*. 2015. Vol. 26. P. 280–286.
50. *Determinants of efficacy and safety in epicutaneous allergen immunotherapy: summary of three*



- clinical trials* / G. Senti, S. von Moos, F. Tay et al. // *Allergy*. 2015. Vol. 70. P. 707–710.
51. *Unmet needs in severe chronic upper airway disease (SCUAD)* / J. Bousquet, C. Bachert, G.W. Canonica et al. // *J. Allergy Clin. Immunol.* 2009. Vol. 124. P. 428–433.
52. *Uncontrolled allergic rhinitis and chronic rhinosinusitis: where do we stand today?* / P.W. Hellings, W.J. Fokkens, C. Akdis et al. // *Allergy*. 2013. Vol. 68. P. 1–7.
53. *Prophylactic use of sublingual allergen immunotherapy in high-risk children: a pilot study* / P.G. Holt, D.P. Sly, H.A. Sampson et al. // *J. Allergy Clin. Immunol.* 2013. Vol. 132, № 4. P. 991–993.
54. *Preventive sublingual immunotherapy in preschool children: first evidence for safety and pro-tolerogenic effects* / Z. Szepfalusi, C. Bannert, L. Ronceray et al. // *Pediatr Allergy Immunol.* 2014. Vol. 258. P. 788–795. ■

АНАЛИЗ ОСВЕДОМЛЕННОСТИ ВРАЧЕЙ О ДИАГНОСТИКЕ И ТАКТИКЕ ЛЕЧЕНИЯ ТЯЖЕЛЫХ ФОРМ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

А.В. Кудрявцева

ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова, Москва, Россия

В настоящей статье проанализирована осведомленность врачей (аллергологов, педиатров) о терапии тяжелых форм атопического дерматита (АтД). Известно, что больных с тяжелым течением атопического дерматита наблюдают дерматологи и аллергологи. Педиатры часто продолжают назначенное лечение на участке и ведут больных с АтД в отделениях общепедиатрического профиля. Для оценки осведомленности врачей нами было проанализировано 194 анкеты. Отмечено, что 73% врачей стационара испытывают трудности при лечении больных с АтД против 57% врачей участкового звена. Примерно 70% аллергологов указывают клинико-морфологическую форму АтД против 39% педиатров стационара и 10% участковых врачей. 62% педиатров поликлиник не отмечают в диагнозе тяжесть течения заболевания. Практически все врачи используют при диетотерапии смеси на основе полного гидролиза молочного белка, 40% педиатров готовы назначать эти лечебные смеси при любом варианте течения АтД, 30% считают, что АтД всегда сочетается с пищевой аллергией. Отмечено, что многие специалисты, педиатры и аллергологи, назначают наружную терапию глюкокортикостероидными препаратами, все врачи осведомлены о необходимости оценки эффективности диетотерапии через 2–4 недели, большинство специалистов готовы продолжать ее использовать более длительно при отсутствии эффекта от ее проведения. Некоторые врачи недостаточно хорошо ориентируются в системной терапии АтД: допустимой дозе глюкокортикостероидных препаратов и месте циклоспорина А в классификации лечебных средств. Таким образом, можно сделать вывод о том, что создание методических рекомендаций по лечению тяжелых форм АтД у детей и подростков позволит врачам лучше ориентироваться в возможных вариантах терапии АтД, пролонгировать достигнутую ремиссию заболевания, повышая качество жизни детей и их семей.

Ключевые слова: опрос, врачи, атопический дерматит, тяжелое течение, лечение.

The analysis of the medical profession's awareness of diagnosis and management of children and youngsters with severe atopic dermatitis

A. V. Kudryavtseva

The I.M. Sechenov First Moscow State Medical University, Moscow, Russia

This article analyzes the medical profession's (allergologists, pediatricians) awareness of severe atopic dermatitis treatment. Dermatologists and allergologists are known to observe patients with severe atopic dermatitis. Pediatricians often take over the already prescribed course and observe patients with AD in general pediatric local departments. We have analyzed 193 forms to assess the medical profession's awareness. It has been established that 73% of hospital-based doctors undergo difficulties in treating AD patients as compared to 57% of neigh-

