

Практика ведения пациентов раннего возраста с аллергическим ринитом: возможности дезлоратадина (Эриуса)

А.В. Камаев, О.В. Трусова, Д.С. Коростовцев, И.В. Макарова

Кафедра «Аллергология и клиническая фармакология» факультета переподготовки и дополнительного профессионального образования Санкт-Петербургского государственного педиатрического медицинского университета Минздрава России

И.В. Макарова

Главный внештатный детский аллерголог Комитета по здравоохранению Санкт-Петербурга

Practical approach to the management of the young age patients with allergic rhinitis: capabilities of desloratadine (Aerius)

A.V. Kamaev, O.V. Trusova, D.S. Korostovtsev, I.V. Makarova

Allergic rhinitis (AR) – is one the prevalent chronic diseases of childhood and the important phase of the atopic march. The AR debut commonly take place in early childhood, but due to clinical peculiarities and age restrictions of diagnostic tools the disease may stand unveiled for some years. The paper addresses the practical approach to the diagnosis of AR among children younger than 3 years old. The confirmed diagnosis means the need for the adequate therapy; young children have justified limits in using the traditional intranasal topical treatments for AR. In this age group the usage of non-sedative antihistamines, especially – desloratadine (Aerius) – is recommended as well for AR treatment, as also for possible hampering the atopic march itself. The paper covers the literature review and original data analysis.

ВВЕДЕНИЕ

Среди хронических заболеваний, характерных для педиатрической практики, особое место занимает группа аллергических (атопических) заболеваний (АЗ), среди которых основные – атопический дерматит (АД), аллергический ринит (АР) и бронхиальная астма (БА). Детские врачи разных специальностей ежедневно сталкиваются с пациен-

тами, у которых имеются признаки этих болезней, и на протяжении последних десятилетий эта нозологическая группа стабильно входит в первую пятерку по распространенности среди всех хронических болезней детского возраста [1]. Во многих странах, в том числе и в России, распространенность этих заболеваний продолжает неуклонно расти [2]; одной из важных причин такого роста служит изменение подходов к диагностике АЗ в педиатрической практике, большая информированность постоянно наблюдающих ребенка педиатров, доступность консультации аллерголога и готовность поставить пациенту диагноз АР.

Одной из основополагающих, краеугольных концепций в педиатрической аллергологии является концепция атопического марша [3]. Такое представление о возрастной эволюции «локуса» аллергического воспаления не только является интересным клиническим наблюдением, но и предполагает целенаправленный поиск возможных проявлений АР у ребенка, наблюдающегося в настоящее время с АД. Действительно, по данным наблюдения когорты из 1456 детей от рождения до 18 лет, сенсibilизация к ингаляционным аллергенам закладывается в раннем возрасте и крайне редко впервые приобретается пациентами старше 4 лет [4]. Современные публикации часто говорят об «омоложении» стадий атопического марша, в частности, о все более ранней регистрации симптомов АР у детей [5].

По нашим собственным данным, среди пациентов, наблюдающихся с диагнозом АР в городском аллергокабинете при кафедре «Аллергология и клиническая фармакология» факультета переподготовки и дополнительного профессионального образования Санкт-Петербургского государственного педиатрического медицинского университета Минздрава России, начиная с 2003 года постоянно увеличивается доля детей в возрасте до 3 лет. Эти результаты хорошо иллюстри-

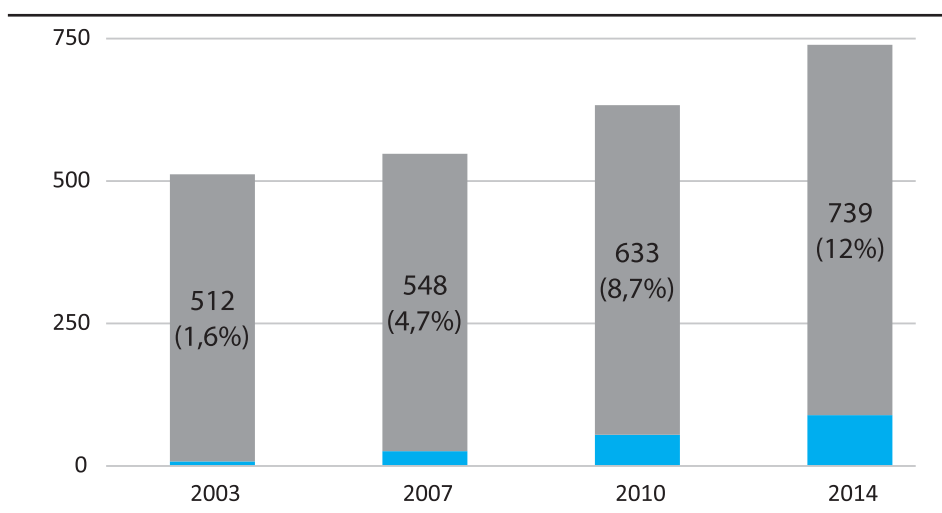
руются при АР у детей раннего возраста в последнее десятилетие.

Диагностика АР у детей раннего возраста включает те же компоненты, что и у детей старшей возрастной группы, но имеет свои особенности. Так, при сборе анамнеза родители крайне редко отмечают серийное чихание или целенаправленные попытки ребенка чесать нос или глаза. Характерными являются жалобы на постоянную заложенность носа (часто – с суточной динамикой, пик заложен-

ности приходится на ночные и утренние часы); шумное дыхание во сне или храп; перерывы в приеме пищи и беспокойство во время кормления; нередко – длительный поверхностный серийный непродуктивный кашель [6].

В отсутствие жалоб родителей (и, естественно, пациентов) принципиальными становятся данные объективного осмотра: мацерация филтрума, отечность / гиперемия / шелушение век, дыхание ртом, признаки конъюнк-

Рисунок 1. Количество пациентов, наблюдаемых с аллергическим ринитом, и доля детей младше 3 лет, по годам



рует диаграмма, представленная на рисунке 1; так, в среднем в течение года с диагнозом АР (основным или сопутствующим БА) наблюдалось от 512 до 739 детей; доля пациентов в возрасте до 3 лет за прошедшие годы выросла с 1,56 до 12,04%.

Описываемое увеличение числа пациентов младшего возраста характерно не только для кафедрального, городского консультативного аллергокабинета; эта же тенденция наблюдается и в ежегодных отчетах районных аллергологов. Среди основных причин такого изменения можно назвать увеличение настороженности родителей пациентов в отношении симптомов АР, большую частоту направлений к аллергологам наблюдающих педиатров, улучшение взаимодействия с оториноларингологами и расширение лабораторных и инструментальных диагностических возмож-

ностей. При осмотре стенок носовых ходов даже без рефлектора и дополнительной аппаратуры у части детей можно наблюдать неравномерную синюшную либо бледную окраску слизистой, прозрачное отделяемое. Однако такие находки непостоянны; гораздо чаще родители обращаются к врачу на этапе, когда к обострению АР присоединилась вторичная инфекция. В этом случае при объективном осмотре будет наблюдаться типичная картина острого бактериального ринита.

Наиболее информативным методом визуальной оценки слизистой носовых ходов и носоглотки является видеоэндоскопия. Этот метод особенно полезен в рамках дифференциальной диагностики АР с аденоидными вегетациями, инородным телом, врожденными сосудистыми мальформациями или опухолями ЛОР-органов [7].

В международных и российских руководствах обсуждаются различные методики объективной регистрации степени проходимости/сужения носовых ходов: передняя риноманометрия и акустическая ринометрия. Последняя методика особенно интересна для диагностики АР у детей раннего возраста, поскольку не требует кооперации от пациента и является атравматичной. Интересной, но не применимой в силу возрастных ограничений по взаимодействию с пациентом, является методика регистрации пиковой скорости вдоха через нос [8]. К сожалению, в настоящее время такие диагностические подходы доступны только в рамках научных исследований и не входят в арсенал практикующих оториноларингологов.

Важным для практического здравоохранения методом диагностики АР у детей раннего возраста является риноцитограмма. Этот доступный, воспроизводимый и информативный метод часто используется как педиатрами широкого профиля, так и аллергологами, и ЛОР-врачами. Отметим, что у метода есть ряд принципиальных ограничений, например, получать материал для анализа необходимо именно со стенки носа (мазок по принципу браш-биопсии, а не просветная слизь) – критерием этого будет наличие эпителиоцитов в результатах; отсутствие эозинофилов не гарантирует отсутствия АР, при наличии клинических подозрений необходимы повторные исследования. Особенно ценны результаты повторных риноцитограмм при динамической оценке интенсивности воспаления при АР и ответа пациента на проводимую терапию [6, 8].

Собственно аллергообследование (определение общего IgE, специфических IgE *in vitro* и *in vivo*) в силу возрастных особенностей иммуногенеза может быть малоинформативным. Однако клиническая картина и данные анамнеза могут требовать оценки спектра сенсибилизации; при этом стоит учитывать только результаты, соответствующие клиническим проявлениям АР. Риск как ложноотрицательных, так и ложноположительных ответов при определении специфических IgE сыворотки в раннем возрасте зависит от мето-

дики исследования (предпочтительно использовать современные, количественные, например, ImmunoCAP), но всегда остается высоким. В любом случае необходимо рассмотреть возможность повторного обследования ребенка для определения спектра аллергической чувствительности в более старшем возрасте, поскольку опубликованы данные о «запаздывании» лабораторных результатов относительно клиники в раннем возрасте; интервал между появлением типичных жалоб и положительными результатами лабораторных тестов может составлять от 1 года до 5 лет [6, 8, 9].

В диагностическом арсенале аллерголога важное место занимает постановка эндоназальных провокационных проб с разведениями стандартных аллергенов. При соблюдении опубликованного алгоритма – это безопасная высокоинформативная методика, позволяющая объективно оценить патологическую реакцию органа-мишени на прямой контакт с причинно-значимым аллергеном [10]. Обычно такое исследование проводится у более старших детей (после 5 лет) в процессе отбора пациентов на лечение аллерген-специфической иммунотерапией.

Косвенными методиками диагностики АР у детей раннего возраста может служить диагностика остроты слуха и силы обоняния.

Учитывая объективные трудности, связанные с диагностикой АР у детей раннего возраста, нередко в практике мы сталкиваемся с необходимостью проведения пробного курса лечения и диагностики АР *ex juvantibus* [6].

ЛЕЧЕНИЕ АР У ПАЦИЕНТОВ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Лечение любого аллергического заболевания обязательно включает поиск и элиминацию (или сокращение контактов пациента) причинно-значимого аллергена. Кроме того, необходимо объяснить родителям больного ребенка основные признаки обострения заболевания, принципы терапии и достижения контроля АР.

Спектр фармакологических препаратов, используемых при лечении АР, включает интраназальные стероиды (инГКС), препара-

ты кромогликата натрия, антилейкотриены, антигистаминные препараты, средства ирригационной и барьерной терапии [6, 8].

Наиболее эффективной группой в лечении АР являются инГКС. В России в этом фармакологическом классе представлены пять международных непатентованных наименований; для самых современных и безопасных из них (мометазона фуруат и флутиказона фуруат) наименьший рекомендованный возраст применения составляет 2 года. Даже в рекомендованном возрастном диапазоне такие средства намного эффективнее и безопаснее использовать повторными прерывистыми курсами (1–3 месяца приема с перерывом 1–3 месяца), чем непрерывно круглогодично [11]. Описаны случаи использования препаратов инГКС с нарушением инструкции к применению (off-label) в более раннем возрасте, начиная со второго полугодия жизни. Однако такое применение инГКС делает врача юридически незащищенным, сопряжено с более высоким риском нежелательных явлений и чаще всего бывает «терапией отчаяния» [12].

Потребность в терапии АР у пациентов в возрасте до 2 лет иллюстрирует и регистрация более чем в 50 странах антилейкотриеновых препаратов (монтелукаст) по этому показанию у детей старше 6 месяцев [13]. С другой стороны, в российской практике такое назначение остается противозаконным (в РФ препарат зарегистрирован только для использования у пациентов в возрасте старше 2 лет).

Применение препаратов кромогликата натрия достаточно ограничено как инструкциями к их использованию (у назальных спреев минимальный возраст 5 лет, использование глазных капель интраназально противозаконно), так и сомнением в их медицинской целесообразности. На современном уровне доказательной медицины (многоцентровые плацебо-контролируемые исследования) не получено доказательств клинической эффективности этой фармакологической группы. Во многом сохранение «кромона» в педиатрической практике отражает личный накопленный опыт назначающих врачей и уверенность в высокой безопасности этой группы лекарств,

часто превосходящей показатели групп плацебо [6].

Наиболее изученным и обоснованным в фармакотерапии АР у детей раннего возраста является курсовое применение современных антигистаминных препаратов. Принципиальное требование: исключить назначение «старых», седативных антигистаминов, поскольку для них характерно явление тахифилаксии – резкого снижения эффективности при непрерывном использовании более двух недель подряд. Сохранение эффективности современных, неседативных антигистаминных препаратов связано с отличным механизмом взаимодействия с H1-рецепторами: не прямая конкурентная блокада, а смещение динамического равновесия в сторону преобладания неактивной конформации H1-рецептора [14].

Кроме сохранения клинической эффективности, принципиальным для долгосрочной терапии АР у детей раннего возраста является отсутствие седативного эффекта. Доказано, что АР существенно снижает качество жизни, концентрацию внимания, нарушает физиологический сон и отрицательно влияет на эмоциональную сферу. При этом эффективная терапия АР предотвращает не только развитие назальной симптоматики, но и восстанавливает способность к концентрации внимания у детей. Под лечением АР подразумевают не кратковременные вмешательства, а многомесячные и годовые курсы плановой, комплексной противовоспалительной терапии АР, в том числе с длительным применением неседативных антигистаминов [15].

Основой патогенеза АР сегодня считается концепция минимального аллергического воспаления. Показано, что при постоянных контактах пациентов с низкими концентрациями значимых аллергенов в слизистой оболочке носа развивается постоянное воспаление, причем даже в бессимптомный период там обнаруживаются маркеры активации эозинофилов и нейтрофилов (триптаза, эозинофильный катионный белок, миелопероксидаза и др.), а также повышение экспрессии молекулы адгезии ICAM-1. Это воспаление без клинических проявлений приводит к сни-

жению порога чувствительности слизистой оболочки к аллергенам, повышению риска обострений АР и их длительности. Следовательно, цель терапии АР состоит не столько в купировании симптомов, сколько в планомерном воздействии на причины и механизмы персистирующего воспаления [16].

Среди современных антигистаминных препаратов особое место принадлежит дезлоратадину (Эриус, «Байер»). Это активный метаболит лоратадина, высокоселективный по отношению к H1-рецепторам, связывающий их с высокой аффинностью. Эриус не проникает в ЦНС, не оказывает седативного действия, не оказывает аритмогенного действия и не вступает в клинически значимые лекарственные взаимодействия [17]. По данным многочисленных клинических исследований, Эриус значительно улучшает носовое дыхание у больных АР (как по субъективной оценке симптомов, так и по данным риноманометрии) по сравнению с плацебо; при применении дезлоратадина снижается эозинофильная инфильтрация слизистой носа и уровень ИЛ-4 в слизистой носа [18].

Особого внимания заслуживают исследования АСЦЕРТ (Aerius Control: Clinical and Evaluative Profile of Treatment), которые проводились в 15 странах Северной Америки и Европы (в том числе в России). По данным АСЦЕРТ-2, дезлоратадин обладает ранним началом действия: значительное снижение тяжести симптомов АР по шкале TNSS по сравнению с плацебо наблюдается уже на первый день терапии; достоверные различия сохраняются до конца исследования (85-й день). Более того, клинический эффект к концу лечебного периода не только не ослабевал, но нарастал, что свидетельствует о целесообразности применения дезлоратадина при АР длительными курсами [19].

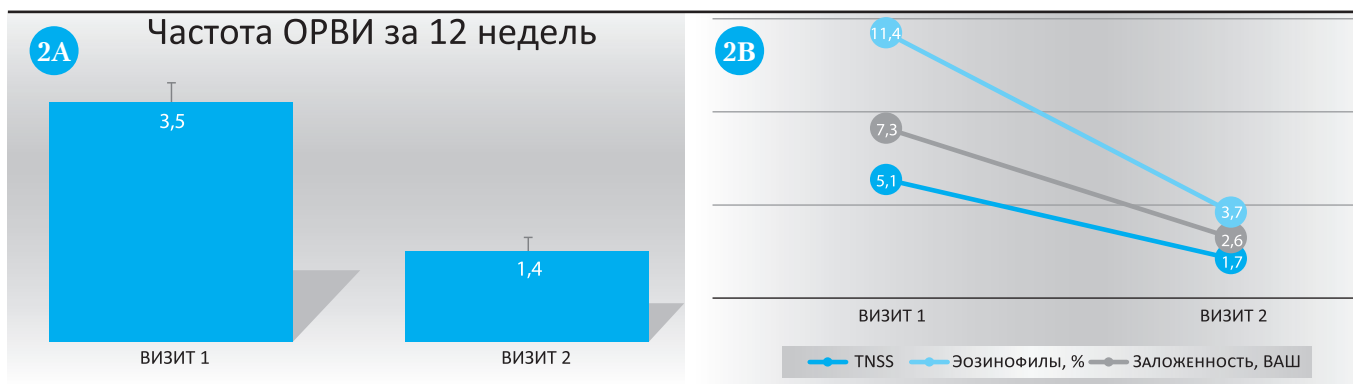
Фармакокинетика дезлоратадина обуславливает комбинацию нескольких механизмов действия препарата: немедленный эффект, связанный с прямым антигистаминным действием, и профилактический долгосрочный противовоспалительный эффект, развивающийся при длительном (несколько недель) использовании дезлоратадина за счет биоло-

гической обратной связи и снижения экспрессии H1-рецепторов на поверхности клеток-эффекторов [14]. В частности, Эриус блокирует развитие аллергического отека слизистой оболочки носа, эозинофилии крови и слизистой как исходно, так и после провокационной пробы со значимыми аллергенами [20, 21].

Огромный клинический опыт использования дезлоратадина (оригинальный препарат, Эриус, впервые зарегистрирован в 2002 году), обширная база исследований по безопасности, в том числе в педиатрической популяции [22], позволяют использовать его в качестве базового, референтного препарата, в том числе в ситуациях, когда для подтверждения диагноза АР необходим курс пробной терапии (диагностика *ex juvantibus*). В этом случае назначение дженериков может нести риски ошибочной оценки отсутствия ответа на терапию, связанные не столько с отсутствием аллергического воспаления в носу, сколько с неэффективностью выбранного лекарственного средства.

Для пациентов раннего возраста одним из важных клинических маркеров круглогодичного АР с бытовой сенсibilизацией может стать повышенная частота ОРВИ. В проведенном нами в феврале–апреле 2015 года открытом несравнительном исследовании в группе из 15 детей в возрасте 12–23 месяцев с установленным диагнозом «легкий/среднетяжелый персистирующий аллергический ринит» (по данным анамнеза, риноцитограммы и определения общего и специфических IgE сыворотки к клещам домашней пыли, кошке/собаке, смеси бытовых плесеней) сравнивали частоту ОРВИ за октябрь–декабрь 2014 года (до постановки диагноза и назначения терапии) и за февраль–апрель 2015. Также оценивали результаты шкалы TNSS по мнению наблюдающего аллерголога, данные риноцитограмм и визуальную аналоговую шкалу заложенности носа по мнению родителей до и после трехмесячного курса лечения, включавшего прием Эриуса 2,5 мл ежедневно и ирригационную терапию. Ожидаемое снижение показателей активности аллергического воспаления (снижение среднего балла TNSS, снижение доли эозино-

Рисунок 2. Динамика показателей воспаления (2А) и частоты ОРВИ (2В) у 15 детей 12–23 месяцев с персистирующим аллергическим ринитом после 12 недель терапии Эриусом. Визит 1 – до лечения, визит 2 – после лечения



филов в риноцитограммах, уменьшение заложенности носа по ВАШ) представлено на рисунке 2А. Приятным дополнением к этим результатам стало и снижение частоты ОРВИ на фоне терапии в сравнении с осенним периодом (рисунок 2В). Полученные результаты носят предварительный характер; необходимо более масштабное и продолжительное исследование для представления статистически значимых выводов. Однако эти данные согласуются с накопленным практическим применением Эриуса и отвечают описанным механизмам фармакологического действия дезлоратадина (рис. 2).

В терапии АР у детей раннего возраста необходимо учитывать системность процесса аллергического воспаления, когда АР выступает одним из этапов атопического марша и может сосуществовать с АД. Так, по данным городского аллергологического кабинета, среди детей первых 5 лет жизни, наблюдающихся с АР, коморбидность с атопическим дерматитом составила 48%, из них с атопическим дерматитом, требующим активного, этапного лечения – 29%, и доля таких детей наиболее высока в возрастной группе 0–2 года. Для исключения полипрагмазии в комплексной терапии таких пациентов особая роль отводится системному комплексному воздействию современных антигистаминов на состояние слизистой оболочки носа, ЖКТ, в несколько меньшей степени – на слизистые глотки/трахеи и на кожу. Эффективность дезлоратадина при АД (несмотря на отсутствие в аннотации к препарату такого показания)

показана в ряде исследований; отмечается как снижение индекса SCORAD, так и субъективное улучшение самочувствия, уменьшение потребности в наружных препаратах экстренного действия (тГКС) [23, 24]. В приведенных исследованиях также отмечена высокая безопасность лечения дезлоратадином (Эриус), в частности отсутствие кожных реакций при применении детской формы сиропа, отсутствие седативного эффекта.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, аллергический ринит у пациентов раннего возраста представляет собой важную проблему как с точки зрения диагностики, так и с точки зрения терапевтической помощи этим детям. Можно ожидать только увеличения со временем доли пациентов раннего возраста в группе АР; часто такие дети длительно не получают необходимого лечения в силу отсутствия диагноза. Установленный же диагноз АР требует не разового, краткосрочного симптоматического лечения, а построения комплексной долгосрочной программы лекарственной и немедикаментозной помощи. Выбор фармакотерапии должен основываться на противовоспалительном действии, возрастных рекомендациях и доказанной безопасности при долгосрочном применении. Дезлоратадин (Эриус, «Байер») предназначен для систематической базовой терапии АР у детей начиная с возраста 12 месяцев и особенно предпочтителен при полиорганном характере аллергического воспаления с вовлечением слизистых носа и дру-

гих дыхательных путей, ЖКТ и кожи. Имеющаяся литературная доказательная база и собственный клинический опыт позволяют рекомендовать Эриус как надежный и эффективный препарат выбора в терапии аллергического ринита у детей раннего возраста.

ЛИТЕРАТУРА

1. Nathan R.A. The burden of allergic rhinitis // *Allergy Asthma Proc.* – 2007. – Vol. 28 (№ 1). – P. 3–9.
2. Strachan D.P., Ant-Khaled N., Foliaki S., Mallol J., Odhiambo J., Pearce N., Williams H.C. ISAAC Phase Three Study Group. Siblings, asthma, rhinoconjunctivitis and eczema: a worldwide perspective from the International Study of Asthma and Allergies in Childhood // *Clin Exp Allergy.* – 2015. – Vol. 45 (№ 1). – P. 126–36. doi: 10.1111/cea.12349.
3. Bantz S.K., Zhu Z., Zheng T. The Atopic March: Progression from Atopic Dermatitis to Allergic Rhinitis and Asthma // *J Clin Cell Immunol.* – 2014. – Vol. 5 (№ 2). – P. 24–39.
4. Roberts G., Zhang H., Karmaus W. et al. Trends in cutaneous sensitization in the first 18 years of life: results from the 1989 Isle of Wight birth cohort study // *Clinical & Experimental Allergy.* – 2012. – Vol. 42, Issue 10. – P. 1501–1509.
5. Hardjojo A., Goh A., Shek L.P., Van Bever H.P., Teoh O.H., Soh J.Y., Thomas B., Tan B.H., Chan Y.H., Ramamurthy M.B., Goh D.Y., Soh S.E., Saw S.M., Kwek K., Chong Y.S., Godfrey K.M., Gluckman P.D., Lee B.W. Rhinitis in the first 18 months of life: exploring the role of respiratory viruses // *Pediatr Allergy Immunol.* – 2015. – Vol. 26 (№ 1). – P. 25–33.
6. Roberts G, Xatzipsalti M, Borrego LM et al. Paediatric rhinitis: position paper of the European Academy of Allergy and Clinical Immunology // *Allergy.* – 2013. – Vol. 68. – P. 1102–1116.
7. Holgate S.T., Broide D. New targets for allergic rhinitis – a disease of civilization // *Nature Reviews.* – 2003. – Vol. 22. – P. 1–12.
8. Brozek J.L., Bousquet J., Baena-Cagnani C.E., Bonini S., Canonica G.W., Casale T.B., van Wijk R.G., Ohta K., Zuberbier T., Schönmeyer H.J. Global Allergy and Asthma European Network, Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation Working Group. *Allergic rhinitis and its impact on asthma, revised 2010* // *J Allergy Clin Immunol.* – 2010. – Vol. 126 (№ 3). – P. 466–76.
9. Veskitkul J., Vichyanond P., Visitsunthorn N., Jirapongsananuruk O. The development of allergic rhinitis in children previously diagnosed as nonallergic rhinitis // *Am J Rhinol Allergy.* – 2013. – Vol. 27 (№ 1). – P. 43–7.
10. Федеральные клинические рекомендации по диагностике и лечению аллергического ринита. http://www.raaci.ru/ClinRec/2.Allergic_rhinitis.pdf
11. Natt R.S., Karkos P.D., Natt D.K., Theochari E.G., Karkanevatos A. Treatment trends in allergic rhinitis and asthma: a British ENT survey // *BMC Ear Nose Throat Disord.* – 2011. – Vol. 11 – P. 3–7.
12. Silva D., Ansotegui I., Morais-Almeida M. Off-label prescribing for allergic diseases in children // *World Allergy Organ J.* – 2014. – Vol. 7 (№ 1). – P. 4–10.
13. Nayak A., Langdon R.B. Montelukast in the treatment of allergic rhinitis: an evidence-based review // *Drugs.* – 2007. – Vol. 67 (№ 6). – P. 887–901.
14. Гущин И.С. Аллергическое воспаление и его фармакологический контроль. – М.: «Фармапринт», 1998. – 252 с.
15. Kim D.K., Rhee C.S., Han D.H., Won T.-B., Kim D.-Y. et al. Treatment of Allergic Rhinitis Is Associated with Improved Attention Performance in Children: The Allergic Rhinitis Cohort Study for Kids (ARCO-Kids) // *PLoS ONE.* – 2014. – Vol. 9 (№ 10). – P. e109145. doi:10.1371/journal.pone.0109145.
16. Canonica G.W., Compalati E. Minimal persistent inflammation in allergic rhinitis: implications for current treatment strategies // *Clin. Exp. Immunol.* – 2009. – Vol. 158 (№ 3). – P. 260–271.
17. Agrawal D.K. Pharmacology and clinical efficacy of desloratadine as an anti-allergic and anti-inflammatory drug // *Expert Opin Investig Drugs.* – 2001. – Vol. 10 (№ 3). – P. 547–60.
18. Canonica G.W., Tarantini F., Compalati E., Penagos M. Efficacy of desloratadine in the treatment of allergic rhinitis: a meta-analysis of randomized, double-blind, controlled trials // *Allergy.* – 2007. – Vol. 62 (№ 4). – P. 359–66.
19. Bousquet J., Bachert C., Canonica G.W., Mullol J.,

- Van Cauwenberge P., Jensen C.B., Fokkens W.J., Ring J., Keith P., Gopalan G., Lorber R., Zuberbier T. ACCEPT-2 Study Group. Efficacy of desloratadine in persistent allergic rhinitis // *Int Arch Allergy Immunol.* – 2010. – Vol. 153 (№ 4). – P. 395–402.
20. Horak F. Impact and modulation of nasal obstruction // *Allergy.* – 2002. – Vol. 57. – P. 25–28
21. Reinartz S.M., Overbeek S.E., KleinJan A., van Drunen C.M., Braunstahl G.J., Hoogsteden H.C., Fokkens W.J. Desloratadine reduces systemic allergic inflammation following nasal provocation in allergic rhinitis and asthma patients // *Allergy.* – 2005. – Vol. 60 (№ 10). – P. 1301–1307.
22. Prenner B., Ballona R., Bueso A. et al. Safety of desloratadine syrup in children six months to younger than 2 years of age: a randomized, double-blinded, placebo-controlled study // *Pediatric Asthma Allergy & Immunology.* – 2006. – Vol. 19 (№ 2). – P.91–99.
23. Генне Н.А., Селиверстова Н.А., Утюшева М.Г. Эффективность применения дезлоратадина при atopическом дерматите у детей // *Аллергология.* – 2005. – № 2. – С. 9–11.
24. Макарова И.В., Трусова О.В., Жиглинская О.В., Медведева Е.А., Галенко Л.А. Сравнение эффективности и переносимости применения препаратов дезлоратадина (раствор и сироп) в лечении atopического дерматита у детей раннего возраста // *Вопросы современной педиатрии.* – 2015. – Т. 14 (№ 2). – С. 287–291. ■

Garbutt JM, Sterkel R, Mullen KB, Conlon B et al.

Using parental perceptions of childhood allergic rhinitis to inform primary care management

[Использование субъективной оценки родителями аллергического ринита у детей для информирования организаций первичной медико-санитарной помощи]

Clin Pediatr (Phila). 2014 Jul;53(8):758-63. doi: 10.1177/0009922814533590.

Целью данного исследования было описать опыт родителей, столкнувшихся с АР у своих детей, для информирования организаций, подготавливающих медработников, оказывающих первичную медицинскую помощь (МППП). 200 родителей с детьми в возрасте от 7 до 15 лет с симптомами АР в течение 12 месяцев заполняли опросник. В результате исследования было отмечено наибольшее распространение АР весной (89,3%). Осенью АР отмечалось в 63,4% случаев, летом – в 50,3%, зимой – в 21,4%. У 52,3% детей наблюдалось персистирование заболевания. Симптомы АР в большинстве случаев имели непосредственную связь с игрой и сном детей на

открытом воздухе и регулярно беспокоили их родителей и других членов семьи. Большинство родителей (88,3%) хотели знать, что вызывает аллергию у их детей, и интересовались вариантами лечения заболевания. За помощью к МППП за последние 12 месяцев обратились 62,9% родителей. Таким образом, многие семьи сталкиваются с клиническими проявлениями АР у детей и впоследствии обращаются за помощью к МППП. Авторы исследования также определили, какие возможности есть у МППП для уменьшения тяжести АР.

O.P.

Scadding GK

Optimal management of allergic rhinitis

[Оптимальный метод лечения аллергического ринита]

Arch Dis Child. 2015 Jun;100(6):576-82. doi: 10.1136/archdischild-2014-306300.

Аллергический ринит (АР), являющийся наиболее распространенным хроническим заболева-

нием в детском возрасте, часто игнорируют, неверно диагностируют и лечат. Недолеченный