

<https://doi.org/10.34883/Pl.2025.13.2.010>
УДК 616.211-002-056.3-08-053.2



Почкайло А.С.¹ ✉, Галашевская А.А.²

¹ Минская областная детская клиническая больница, Минск, Беларусь

² Институт повышения квалификации и переподготовки кадров здравоохранения
Белорусского государственного медицинского университета, Минск, Беларусь

Современные стратегии лечения аллергического ринита у детей

Конфликт интересов: не заявлен.

Вклад авторов: все авторы внесли равноценный вклад в подготовку статьи, прочли и одобрили финальный вариант рукописи.

Для цитирования: Почкайло А.С., Галашевская А.А. Современные стратегии лечения аллергического ринита у детей. *Педиатрия Восточная Европа*. 2025;13(2):267–282. <https://doi.org/10.34883/Pl.2025.13.2.010>

Подана: 13.05.2025

Принята: 09.06.2025

Контакты: apochk@rambler.ru

Резюме

Аллергический ринит является одним из наиболее распространенных аллергических заболеваний у детей. Актуальность его изучения обусловлена не только ростом заболеваемости этой патологией, но и существенным социально-экономическим и медицинским ущербом, наносимым этим заболеванием в глобальном масштабе, а также значимым негативным влиянием на качество жизни пациента и его окружения. Организация своевременного, эффективного, безопасного и всестороннего лечения пациента с аллергическим ринитом становится краеугольным камнем его ведения медицинскими специалистами различного профиля. В статье представлены современные подходы к лечению аллергического ринита у детей на основе международных согласительных документов с учетом существующих особенностей его ведения в детской популяции и при наличии коморбидной патологии. Дана характеристика основным группам лекарственных средств, применяемым в настоящее время для фармакотерапии аллергического ринита, а также описание принципов их выбора у конкретного пациента. Освещены нефармакологические направления в лечении аллергического ринита и подходы к его профилактике у детей.

Ключевые слова: аллергический ринит, лечение, антигистаминные средства, дети, интраназальные стероиды, антилейкотриеновые средства, аллерген-специфическая иммунотерапия

Pachkaila A.¹ ✉, Halasheuskaya A.²

¹ Minsk Regional Children's Clinical Hospital, Minsk, Belarus

² Institute of Advanced Training and Retraining of Healthcare Personnel of the Belarusian State Medical University, Minsk, Belarus

Modern Strategies for the Treatment of Allergic Rhinitis in Children

Conflict of interest: nothing to declare.

Authors' contribution: all authors contributed equally to the article preparation, and read and approved the final version of the manuscript.

For citation: Pachkaila A., Halasheuskaya A. Modern Strategies for the Treatment of Allergic Rhinitis in Children. *Pediatrics Eastern Europe*. 2025;13(2):267–282. (In Russ.). <https://doi.org/10.34883/Pl.2025.13.2.010>

Submitted: 13.05.2025

Accepted: 09.06.2025

Contacts: apochk@rambler.ru

Abstract

Allergic rhinitis is one of the most common allergic diseases in children. The relevance of its study is due not only to the increasing incidence of this pathology, but also to the significant socio-economic and medical burden caused by this disease on a global scale, as well as a significant negative impact on the quality of life of the patient and his environment. Organization of timely, effective, safe and comprehensive treatment of a patient with allergic rhinitis is the cornerstone of the management of such a patient by medical specialists of various profiles. The article presents modern approaches to the treatment of allergic rhinitis in children based on international consensus documents, taking into account the existing features of its implementation in the pediatric population and in the presence of comorbid pathology. The characteristics of the main groups of drugs currently used for pharmacotherapy of allergic rhinitis are given, as well as a description of the principles of their choice in a particular patient. Non-pharmacological directions in the treatment of allergic rhinitis and approaches to its prevention in children are covered.

Keywords: allergic rhinitis, treatment, antihistamines, children, intranasal steroids, antileukotriene agents, allergen immunotherapy

■ ВВЕДЕНИЕ

Аллергический ринит (АР) – это опосредованная иммуноглобулином Е (IgE) реакция гиперчувствительности 1-го типа слизистой оболочки носа, возникающая в результате воздействия аллергена на сенсibilизированный организм человека [1].

В соответствии с иным определением, АР – заболевание, характеризующееся IgE-опосредованным воспалением слизистой оболочки полости носа, которое развивается под действием аллергенов, и наличием ежедневно проявляющихся в течение часа и более хотя бы двух из следующих симптомов: заложенность (обструкция) носа, выделения из носа (ринорея), чихание, зуд в полости носа [2].

АР – одно из наиболее распространенных хронических заболеваний у детей и самое распространенное из аллергических заболеваний, значительно ухудшающее

качество жизни пациента и его окружения, значимо повышающее риск развития бронхиальной астмы. По данным научной литературы, до 30% населения Европы страдает от АР, а в некоторых странах мира его распространенность в популяции достигает 50% [3, 4].

Этиологическими факторами АР являются как внутрижилищные, так и внежилищные аллергены, включая пыльцу растений, аллергены домашней пыли (клещей видов *Dermatophagoides pteronyssinus* и *farinae*, библиотечной пыли и др.), плесневые грибы, эпидермальные аллергены (кошка, собака, лошадь и др.), профессиональные аллергены [5].

В зависимости от этиологии на протяжении многих десятилетий традиционно выделялись сезонный и круглогодичный (бытовой) типы АР. При этом считалось, что круглогодичный АР вызывается бытовыми аллергенами, а сезонный – пылью и другими аллергенами, с которыми пациент сталкивается вне стен своего дома. Однако сезонность (либо круглогодичность) воздействия аллергенов, на которой основано такое разделение АР, является достаточно условным понятием. К примеру, изменение климатических условий в сторону потепления и ассоциированный с этим сдвиг начала и продолжительности полликации растений, проживание пациента в стране с круглогодичным цветением растений, наличие у пациента поливалентной сенсibilизации ко многим аллергенам, равно как и зависимость концентрации внутрижилищных аллергенов в воздухе от времени года (возможны волнообразное течение вызванного ими АР и сезонные вспышки его симптомов) существенно размывают четкость определения типа АР у конкретного пациента. Тем не менее в ряде стран и профессиональных сообществ, а также в составе Международной классификации болезней такое разделение АР продолжает применяться [2, 6, 7].

Опубликованный в 2015 г. отчет PRACTALL «Фенотипы и эндотипы ринита: диагностика и лечение», подготовленный консенсусом экспертов, выделил АР в соответствующий отдельный фенотип, наряду с фенотипом инфекционного ринита и гетерогенным фенотипом неаллергического и неинфекционного ринита [8].

Экспертная группа ARIA (Allergic rhinitis and its impact on asthma) предложила новую классификацию АР, основанную на продолжительности и повторяемости клинических симптомов и широко применяемую до настоящего времени. В соответствии с ней выделяют:

- интермиттирующий АР (симптомы наблюдаются менее 4 дней в неделю или менее 4 последовательных недель в году);
- персистирующий АР (симптомы присутствуют более 4 дней в неделю и более 4 недель в году).

По тяжести течения АР различают:

- легкую степень (слабовыраженные симптомы АР, которые не нарушают дневную активность и сон пациента);
- среднетяжелую степень (симптомы препятствуют работе, учебе, занятиям спортом, нарушают сон);
- тяжелую степень (симптомы значительно ухудшают качество жизни пациента, который в отсутствие лечения не может нормально работать, учиться, заниматься спортом, серьезно нарушается ночной сон).

По стадии заболевания разделяют обострение и ремиссию АР, а при формулировании диагноза также указывают спектр аллергенов, к которым выявлена сенсibilизация [1, 2, 7, 9].

Отдельной формой заболевания является локальный АР, при котором имеют место типичные симптомы АР, четкая связь обострения заболевания и контакта с аллергеном, однако результаты стандартных методов диагностики (кожные аллергопробы, определение специфических IgE в крови) остаются отрицательными. При этом специфические IgE к причинно-значимым аллергенам определяются в назальном секрете. Положительными являются и назальные провокационные тесты с такими аллергенами [2, 3, 8, 10].

АР часто сочетается с другими заболеваниями, например с аллергическим конъюнктивитом, атопическим дерматитом, хроническим риносинуситом с назальным полипозом, тубоотитом, оральным аллергическим синдромом, неаллергическими формами ринита. Концепция единого заболевания дыхательных путей предполагает, что АР и бронхиальная астма являются разными уровнями манифестации в дыхательной системе единого воспалительного процесса. В связи с этим пациенты с АР или бронхиальной астмой должны быть обследованы на наличие сопутствующего заболевания, поскольку 50–80% пациентов с астмой имеют АР, а до 40% пациентов с АР страдают астмой. Частым сопутствующим АР заболеванием является аллергический конъюнктивит, который манифестирует соответствующими симптомами. Его течение усугубляется отеком и нарушением проходимости носослезных каналов, вызванным АР [11–14].

■ КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ

Основными клиническими симптомами АР являются:

- заложенность (обструкция) носа;
- ринорея (водянистые выделения из носа);
- чихание (часто приступообразное, в утренние часы);
- зуд (реже жжение в носу, может сопровождаться зудом неба и глотки, характерен «аллергический салют» – почесывание кончика носа ладонью с образованием поперечной складки на спинке носа).

На поздних стадиях заболевания присоединяется ухудшение обоняния [2, 3, 5, 7].

Дополнительные симптомы АР, обусловленные механическим раздражением кожи в околоносовой области, обильным выделением назального секрета, нарушением дренирования околоносовых пазух, проходимости слуховых труб, включают носовые кровотечения (форсированное сморкание, травматичный уход за полостью носа), гиперемия и отечность кожи в параназальной области, боль в горле и покашливание (сопутствующий аллергический фарингит, ларингит), боль/треск в ушах (особенно при глотании), нарушения слуха (сопутствующий тубоотит) [2, 5, 9].

Неспецифическими симптомами АР, определяющими качество жизни пациента, являются: слабость, недомогание, раздражительность, головная боль, повышенная утомляемость, нарушение концентрации внимания и сна, подавленное настроение, редко – лихорадка [2, 5].

■ ДИАГНОСТИКА

Диагноз АР устанавливается на основании комплексной оценки: анализа клинической картины (характерные жалобы и симптомы), анамнеза заболевания (наличие анамнестических данных, указывающих на возникновение жалоб после контакта с предполагаемым причинно-значимым аллергеном), аллергологического анамнеза, данных физического обследования пациента, а также результатов специфического аллергологического тестирования.

■ ЛЕЧЕНИЕ

Успешное лечение АР у детей включает 4 основных стратегических направления:

- обучение пациента и его семьи;
- элиминационные мероприятия;
- фармакотерапию;
- аллерген-специфическую иммунотерапию (АСИТ) [2, 5, 15].

Обучение пациента и его семьи

Залогом успешности лечения АР является обучение пациента, информирование его и семьи о характере заболевания, рисках прогрессирования, необходимости и порядке надлежащего лечения. Осведомленность пациента о принципах элиминации аллергена, подготовленность, мотивация к модификации окружающей среды позволяют облегчить течение заболевания и уменьшить объем предстоящей фармакотерапии. Детальное пояснение сути и характера заболевания, целей проводимого лечения, ожидаемого от него эффекта может предотвратить развитие ложной надежды на быстрое выздоровление и повысить ответственность у пациента. Полная и точная информация о соотношении риска и пользы применяемых лекарственных средств, предполагаемой продолжительности лечения, обучение правильной технике использования средств доставки (например, интраназальных стероидов / антигистаминных средств) позволяют снизить уровень стероидофобии, повысить комплаентность пациента, уменьшить риск нежелательных реакций от приема лекарственных препаратов. Современные информационные технологии в виде специализированных сайтов, мобильных приложений, электронных устройств выводят на новый уровень взаимодействие медицинских специалистов с пациентом и его семьей, дают возможность существенно повысить качество и интерактивность обучения [2, 16, 17].

Элиминационные мероприятия

Элиминационные мероприятия заключаются в минимизации контакта пациента с причинно-значимыми аллергенами. Известно, что полное устранение контакта с аллергеном приводит к регрессу симптомов АР (например, у пациентов с аллергией на пыльцу, у которых симптомы полностью отсутствуют вне периода поллинииции), однако в большинстве случаев полностью исключить контакт с аллергеном невозможно. Тем не менее элиминация аллергена рекомендована всем пациентам с АР с целью уменьшения выраженности симптомов АР, снижения потребности в фармакотерапии, профилактики прогрессирования заболевания. Элиминация аллергенов особенно актуальна в случаях наличия ограничений для приема лекарственных препаратов (беременность, ранний детский возраст, наличие сопутствующей

патологии) и при сенсибилизации к эпидермальным аллергенам. Элиминационные мероприятия включают в себя: модификацию окружающей среды пациента, проведение ирригационно-элиминационных процедур для слизистой оболочки полости носа и применение барьерных методов [2, 6].

Модификация окружающей среды. Меры по созданию гипоаллергенной среды общеизвестны и подтвердили свою эффективность в облегчении симптомов заболевания: использование специальных фильтров для воздуха в помещении, ежедневная влажная уборка, ограничение контакта с домашними животными, временный (на период цветения) или постоянный переезд в другую климатическую зону, применение acaricidных и fungicidных средств. Примером инноваций в данном направлении может служить кормление домашних животных (кошек) специальным кормом, снижающим их аллергенность для человека. Известно, что раздражители в воздухе, такие как табачный дым, выхлопные газы, резкие запахи, способны усугублять симптомы АР, следовательно, пациенту рекомендуется избегать контакта с ними [3, 11, 14].

Ирригационно-элиминационные процедуры. Ирригация полости носа солевыми растворами является дешевой, доступной, хорошо переносимой и легко выполнимой, не вызывающей нежелательных реакций при длительном применении элиминационной мерой, которая, однако, не заменяет полноценной фармакотерапии. Всем пациентам с АР может быть рекомендовано использование средств для увлажнения, очищения и защиты слизистой оболочки полости носа. Это способствует разжижению вязкой слизи, улучшению функции мерцательного эпителия, уменьшению экспозиции на поверхности слизистой оболочки носа пылевых частиц и аллергенов, оказывает увлажняющее воздействие. Промывание носовой полости большим объемом солевого раствора и под давлением эффективнее использования малых объемов без давления. Проведение назального душа с солевыми растворами у пациентов с АР, получающих интраназальные стероиды, способствует удалению избытка отделяемого и уменьшению отека, улучшает контакт стероидного препарата со слизистой оболочкой, а также профилактирует развитие некоторых нежелательных реакций, таких как сухость слизистых оболочек и носовые кровотечения [7, 15, 18–20].

Барьерные методы. Барьерные методы предотвращения контакта с аллергеном заключаются в использовании пациентом экранирующих устройств (специальных очков, лицевых масок, интраназальных полимерных фильтров для вдыхаемого пациентом воздуха), а также в применении барьерных лекарственных средств для слизистых оболочек (носовой полости, конъюнктивы) на основе веществ с экранирующим, абсорбирующим, связывающим действием (например, на основе микрокристаллической целлюлозы, эктоина, гелеобразных субстанций) [21].

Фармакотерапия

Современная фармакотерапия АР включает широкий спектр лекарственных препаратов из различных фармакологических групп, что позволяет индивидуализировать и модифицировать лечение пациента, в зависимости от его возраста и клинической ситуации, включая наличие коморбидных заболеваний. При правильном подборе и назначении лекарственных препаратов у большинства пациентов фармакотерапия демонстрирует высокую клиническую эффективность, позволяя достичь

контроля за симптомами АР, значимого улучшения качества жизни и профилактики осложнений. Однако ключевой проблемой остается низкая приверженность пациентов рекомендованному лечению. Важно подчеркнуть, что успешное управление АР требует не только назначения адекватной фармакотерапии, но и построения доверительных партнерских отношений врача и пациента для мотивации к долгосрочному соблюдению рекомендаций.

Ключевой стратегией выбора и назначения лечения при АР является так называемый ступенчатый подход (см. таблицу). Он заключается как в поэтапном увеличении объема лечения (переход на ступень вверх) при отсутствии контроля за симптомами АР, так и в уменьшении объема лечения (переход на ступень вниз) при достижении стабильной ремиссии (с продолжением элиминационных мероприятий, обучения пациента, АСИТ, с доступностью лекарственных средств скорой помощи на всех ступенях лечения). Ступенчатый подход в лечении АР обеспечивает баланс между эффективностью и безопасностью, минимизируя риски полипрагмазии у детей.

Важным динамическим мероприятием в процессе ведения пациента для оценки его качества жизни, контроля за симптомами и эффективности лечения АР является применение различных оценочных шкал (включая визуальные аналоговые шкалы) [2, 5, 22].

Современная фармакотерапия АР объединяет гетерогенные группы лекарственных препаратов, различающиеся как по механизму воздействия на различные звенья каскада аллергического воспаления, так и по наличию и степени их влияния на конкретные симптомы АР и коморбидных ему состояний (астма, конъюнктивит). Многие из используемых в лечении препаратов имеют определенные особенности

Ступенчатый подход в лечении аллергического ринита A step-by-step approach to the treatment of allergic rhinitis

АСИТ			
Контроль за факторами внешней среды (элиминационные мероприятия)			
Рассмотреть хирургическое лечение сопутствующей патологии			
Фармакотерапия для контроля за симптомами			
1-я ступень	2-я ступень	3-я ступень	4-я ступень (лечение только специалистом)
Одно из: – системные антигистаминные средства; – интраназальные антигистаминные средства; – интраназальные средства на основе кромоглициевой кислоты; – антилейкотриеновые средства	Одно из: – интраназальные стероиды (предпочтительно); – системные антигистаминные средства; – интраназальные антигистаминные средства; – антилейкотриеновые средства	Комбинация интраназальных стероидов с одним или более из: – системные антигистаминные средства; – интраназальные антигистаминные средства; – антилейкотриеновые средства	Рассмотреть лечение тяжелого АР омализумабом (его назначение возможно пациентам от 12 лет и старше при недостаточной эффективности предшествующего лечения)
Средства скорой помощи			
Симпатомиметики (коротким курсом)			Стероидные средства (системного действия, перорально)
Перепроверить диагноз и/или приверженность лечению либо влияние сопутствующих заболеваний и/или анатомических аномалий, прежде чем повышать степень терапии (step-up)			

и ограничения использования в педиатрической практике и у иных особых категорий пациентов.

Системные антигистаминные лекарственные средства нового поколения.

Они являются препаратами первого выбора в лечении легких и среднетяжелых форм АР, а также у пациентов, не желающих использовать интраназальные кортикостероиды. Различные современные (нового поколения) антигистаминные лекарственные средства отличаются по химической структуре, фармакодинамике и фармакокинетике, по способности проникать через гематоэнцефалический барьер и вызывать седацию. По выраженности седативного эффекта при их применении они разделяются на:

- седативные (так называемые антигистаминные средства первого поколения);
- менее седативные (дезлоратадин, лоратадин, цетиризин, левоцетиризин, рупатадин);
- неседативные (фексофенадин, биластин) средства.

Предпочтительность использования менее седативных / неседативных антигистаминных средств (средств нового поколения, средств 2–3-го поколения) обусловлена отсутствием эффекта или низким седативным эффектом, высоким уровнем безопасности, большей селективностью воздействия на H_1 -гистаминорецепторы, быстрым достижением клинического эффекта при их приеме, отсутствием тахифилаксии (привыкания) даже при длительном применении, низким риском взаимодействий с пищей, иными лекарственными препаратами и системой цитохромов P4503A (CYP3A), невысокой кардиотоксичностью, удобным, подходящим для пациента и безопасным в педиатрической практике режимом приема (перорально, включая наличие жидких форм, 1–2 раза в сутки), возможностью длительного применения, невысокой стоимостью. Пероральное применение антигистаминных средств нового поколения при АР существенно уменьшает чихание, зуд, ринорею, опосредованно влияет на симптомы аллергического конъюнктивита, однако сравнительно слабо воздействует на заложенность носа [23–25].

Следует отметить, что системные антигистаминные средства первого поколения (старого поколения, седативные) не должны использоваться в лечении АР вследствие наличия ряда существенных недостатков у этой группы лекарственных средств. Меньшая избирательность их действия на H_1 -гистаминорецепторы (синхронная блокада ими мускариновых, серотониновых, допаминовых рецепторов) увеличивает спектр потенциальных нежелательных реакций. Выраженный седативный эффект с сопутствующим нарушением дневной активности пациента и его когнитивных функций (как правило, уже нарушенных естественным течением самого заболевания) и возможное влияние на нормальную структуру сна (фрагментация сна с потенциальным развитием нарушений дыхания и сердечного ритма, повышением риска апноэ и внезапной смерти) являются клинически значимыми, ограничивающими их применение факторами. Кроме того, препараты данной группы лимитированы по длительности их непрерывного применения, что также ограничивает их безопасное использование при АР.

Единственной нишей их ограниченного по времени применения являются дети первого полугодия жизни, сравнительно редко страдающие АР, поскольку системные антигистаминные средства нового поколения не зарегистрированы для этого возраста (например, цетиризин, дезлоратадин – с 6 месяцев, лоратадин – с 2 лет) [2, 3, 5, 24].

Интраназальные антигистаминные лекарственные средства. Занимают важную нишу в лечении АР. Могут назначаться в качестве монотерапии или в комбинации с препаратами из других групп, характеризуются быстрым эффектом и высоким профилем безопасности. При неэффективности перорального приема антигистаминных препаратов можно рассмотреть их топические интраназальные формы, при этом одновременное применение пероральной и интраназальной форм антигистаминных средств не продемонстрировало преимуществ перед их раздельным использованием. Топические антигистаминные средства имеют быстрое начало действия (до 15–30 минут после первого применения), поэтому могут применяться в режиме «по требованию». Однако продолжительное использование интраназальных антигистаминных средств показало гораздо более высокую эффективность, чем их применение «по требованию». Могут вызывать сухость во рту, появление сыпи, отека слюнных желез, раздражение слизистой оболочки носа, приводить к нарушению вкусовосприятия. До 15–20% пациентов (особенно при неправильной технике интраназального введения) ощущают горький вкус при их приеме. Интраназальные антигистаминные средства не оказывают значимого воздействия на симптомы сопутствующего аллергического конъюнктивита, поэтому для этих целей зарегистрированы и используются соответствующие топические формы в виде глазных капель. Представителями этого класса лекарственных средств являются: алькафтадин, эпинастин, бепотастин, кетотифен, олопатадин, азеластин (зарегистрирован в Беларуси) [1, 3, 6].

Примером качественного и эффективного интраназального антигистаминного средства на основе азеластина является Азелинекс (ООО «Фортива Мед», Республика Беларусь), выпускаемый в виде дозированного назального спрея и показанный для лечения АР у детей с 6-летнего возраста и взрослых. Азелинекс обладает всеми преимуществами соответствующей группы препаратов, включая быстрое начало действия и возможность длительного использования (в соответствии с инструкцией по медицинскому применению, ограничений по продолжительности применения нет).

Интраназальные стероидные лекарственные средства. Они превосходят системные и топические антигистаминные средства, препараты кромоглициевой кислоты по силе действия, оказывают мощное влияние на все основные симптомы АР (включая выраженное уменьшение заложенности носа – большее, чем при использовании системных антигистаминных и антилейкотриеновых средств) посредством интенсивного противоаллергического, противовоспалительного и сосудосуживающего действия. Являются препаратами первого выбора в лечении пациентов с персистирующим, среднетяжелым и тяжелым течением АР (особенно при выраженной назальной обструкции), а также при неэффективности предшествующей монотерапии системными антигистаминными средствами. Важным дополнительным эффектом некоторых из них (например, флутиказона фуората) является уменьшение заложенности и глазных симптомов при сопутствующем риниту аллергическом конъюнктивите [2, 3].

Действие этой группы препаратов начинается уже через несколько часов после первого применения, однако для снижения интенсивности симптомов АР может потребоваться несколько дней, при этом максимальный эффект достигается не ранее чем через 2 недели их применения. В связи с этим целесообразным является начало

их приема за 2 недели до предполагаемого начала цветения и поллинозиса вероятного аллергена. Следует отметить, что промывание носа солевыми растворами и удаление слизи перед непосредственным введением интраназальных стероидных средств, как и краткосрочное (до 5 суток) предшествующее использование деконгестанта (особенно при выраженной блокаде полости носа, препятствующей проникновению спрея, что может отмечаться в начале лечения АР), повышают скорость наступления и выраженность эффекта стероидов за счет большего их контакта со слизистой оболочкой [6, 14].

Наиболее частыми местными нежелательными реакциями при использовании интраназальных стероидов являются: сухость слизистой оболочки, образование корок, носовые кровотечения, раздражение слизистых оболочек, перфорация носовой перегородки (редко). Риск их возникновения во многом ассоциирован с нарушением техники введения данных препаратов [2, 3, 7].

В большинстве из многочисленных исследований в детской популяции продемонстрировано, что применение современных интраназальных стероидов значительно не влияет на рост и гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковую систему, минеральную плотность костной ткани, развитие глаукомы и катаракты. Тем не менее уверенно исключить риск развития системных нежелательных реакций при использовании интраназальных стероидов в настоящее время нельзя. В ряде исследований получены соответствующие результаты, особенно при длительном и высокодозном применении топических стероидов. В связи с этим в педиатрической практике эти препараты рекомендовано использовать в минимальной суточной терапевтической дозе, позволяющей контролировать симптомы АР, а при необходимости длительного их применения необходимо следить за ростом ребенка [2, 3, 7].

Безопасность топических стероидов и вероятность развития системных нежелательных реакций определяются их биодоступностью и уровнем инактивации при первичном прохождении через печень. Используемые в клинической практике интраназальные стероиды условно разделяются на 2 поколения: к первому относят лекарственные средства на основе беклометазона и будесонида (зарегистрированы с 6 лет, биодоступность 30–50%), флунизолида и триамцинолона ацетонида (не зарегистрированы в Беларуси в данной форме, биодоступность составляет от 10 до 50%); ко второму поколению принадлежат лекарственные средства на основе циклесонида (не зарегистрирован в Беларуси в данной форме, биодоступность менее 0,1%), флутиказона фууроата и мометазона фууроата (зарегистрированы с 2 лет, биодоступность менее 1% и менее 0,1% соответственно), а также флутиказона пропионата (с 4 лет, биодоступность менее 2%). Эффективность всех этих топических стероидов в лечении АР у детей вполне сопоставима. Однако с учетом фактора безопасности следует отдавать предпочтение препаратам с меньшей биодоступностью – на основе флутиказона фууроата, мометазона фууроата и флутиказона пропионата [2, 5, 6, 9, 14, 25].

Среди зарегистрированных на отечественном фармацевтическом рынке интраназальных стероидов на основе мометазона фууроата одним из успешно применяемых в педиатрической практике является Моменекс (ООО «Фортива Мед», Республика Беларусь) в виде дозированного назального спрея, предназначенного для лечения АР у детей с 2-летнего возраста и взрослых, а также для лечения острого риносинусита без признаков тяжелой бактериальной инфекции у детей старше 12 лет

и взрослых. Наряду с присущими всему классу интраназальных стероидов высокой эффективностью и безопасностью в лечении АР, важной особенностью Моменекса является его доступная стоимость и наличие у этого назального спрея специального дозирующего устройства (Aero Pump GmbH, Германия), препятствующего загрязнению содержимого флакона.

Примером качественного и эффективного интраназального стероида на основе флутиказона пропионата в форме дозированного назального спрея является Флутинекс (ООО «Фортива Мед», Республика Беларусь), зарегистрированный для лечения АР у детей старше 12 лет и взрослых. Оптимальный режим дозирования (однократно в сутки), сохранение свойств лекарственного средства после вскрытия флакона до конца срока годности, доступная стоимость представляют собой важные преимущества этого лекарственного препарата белорусского производства.

Рекомендовано не только стремиться использовать минимально достаточные для эффективного контроля за АР дозы стероидов, но и ограничить применение у детей интраназальных стероидов с более высокой биодоступностью, таких как будесонид (до 30–40%) и беклометазон (до 40–50%). Важно также упомянуть и о топических комбинированных препаратах, включающих стероиды с крайне высокой биодоступностью (дексаметазон, более 80%), которые позиционируются в качестве препаратов для лечения острых и хронических заболеваний носоглотки. Однако показания к назначению, эффективность и безопасность их применения при АР у детей не подтверждены [2].

Разработаны и внедрены в клиническую практику комбинированные лекарственные средства на основе интраназальных антигистаминных средств и топических стероидов (азеластина гидрохлорид + флутиказон пропионат, мометазона фураат + олопатадин), демонстрирующие синергизм обоих классов лекарственных средств при таком применении (начало действия отмечается быстрее, чем при монотерапии, уже в течение нескольких минут или первого часа соответственно для вышеуказанных комбинаций; выраженное влияние на все симптомы АР эффективнее монотерапии в купировании глазных симптомов) [3, 14, 17].

Антагонисты лейкотриеновых рецепторов (антилейкотриеновые лекарственные средства). Они уступают по эффективности интраназальным стероидным препаратам в лечении АР, могут применяться как в качестве монотерапии, так и в составе комплексного лечения АР. Представлены пранлукастом, зафирлукастом (не зарегистрированы в Беларуси), монтелукастом (зарегистрирован в Беларуси с 2 лет, в ряде стран – с 6 месяцев). За счет специфического связывания с цистеинил-лейкотриеновыми рецепторами монтелукаст подавляет воспаление слизистой носа и бронхов, спровоцированное воздействием аллергена, обладает выраженным противоаллергическим действием, эффективен как в подавлении симптомов, так и в профилактике их возникновения. Назначение монтелукаста при сочетании АР с бронхиальной астмой является стероидосберегающей опцией, позволяет контролировать симптомы как АР, так и бронхиальной астмы. Однако присущие данной группе лекарственных препаратов потенциальные нейropsychические нежелательные реакции, которые были зарегистрированы в педиатрической популяции, включая anomalies сна, бессонницу, беспокойство, депрессию, суицидальные мысли, в 2020 г. побудили Управление по контролю за продуктами и лекарствами США (FDA) внести предостережение в инструкцию. FDA рекомендует применять монтелукаст

при АР только у пациентов с недостаточным ответом или непереносимостью альтернативных методов лечения. Принимая решение о назначении или продолжении приема препарата, следует учитывать риски и пользу монтелукаста, информировать всех пациентов о возможном риске нейropsychических нежелательных реакций, мониторить возможное появление последних в процессе приема монтелукаста с немедленной отменой препарата при любых отклонениях. В исследованиях также обнаружена возможная связь между применением антилейкотриеновых средств и развитием эозинофильного гранулематоза с полиангиитом [1–3, 14].

Разработаны и используются при необходимости комплексного лечения АР комбинированные лекарственные препараты на основе антилейкотриеновых средств и системных антигистаминных средств нового поколения (левоцетиризин + монтелукаст).

Интраназальные лекарственные средства на основе кромоглициевой кислоты. Эти средства обладают стабилизирующим воздействием на мембраны тучных клеток. Представителями данной группы являются лекарственные средства на основе недокромила натрия и кромогликата натрия, выпускаемые в виде интраназальных и глазных форм. Эффективность этой группы ниже, чем у системных антигистаминных средств и интраназальных стероидных препаратов, они не влияют на заложенность носа как на один из ключевых симптомов АР. Необходимость в заблаговременном (до контакта с аллергеном) начале приема, частом введении в течение дня существенно отражается на комплаентности пациента. Однако важным преимуществом этой группы препаратов является их высокая безопасность. Их применение при АР становится удобной опцией у пациентов со стероидофобией, при отсутствии эффекта или противопоказаниях к применению иных групп лекарственных средств [1, 2].

Сосудосуживающие интраназальные лекарственные средства (деконгестанты). Эти средства используются при АР в качестве симптоматического лечения для быстрого уменьшения заложенности носа. Деконгестанты действуют на симпатическую регуляцию тонуса кровеносных сосудов за счет влияния на адренергические рецепторы. Выраженное сосудосуживающее действие развивается уже в первые минуты после использования, однако купирует лишь заложенность носа, никак не влияя на иные симптомы АР. Их кратковременное применение возможно у пациентов с обострением АР и выраженной назальной обструкцией. Предпочтительно использование деконгестантов с максимальной продолжительностью действия (например, у оксиметазолина – до 12 часов), меньшей кратностью приема, меньшим риском нежелательных реакций (например, на основе оксиметазолина, ксилометазолина, фенилэфрина), избегая средств с максимальными рисками (нафазолин). Длительное применение деконгестантов сопряжено с высоким риском нежелательных реакций (гипертензия, бессонница, тахикардия, возбуждение, при передозировке – интоксикация), развитием медикаментозного ринита. Важно отметить, что, несмотря на наличие лекарственных форм деконгестантов, зарегистрированных к применению у детей с рождения, существующие международные рекомендации предостерегают от применения деконгестантов у детей младше 6 лет ввиду высокого риска развития интоксикации, советуют с осторожностью использовать их даже в разрешенном инструкцией режиме у детей в возрасте от 6 до 12 лет и разрешают свободно назначать с соблюдением всех правил их применения (концентрация, разовая доза, кратность и длительность применения) детям старше 12 лет [5, 6].

Зарегистрированы комбинированные лекарственные препараты, сочетающие адrenomиметик и интраназальное антигистаминное средство (например, фенилэфрин + диметинден), что повышает эффективность таких комбинированных средств в сравнении с монотерапией.

Стероидные лекарственные средства системного действия. Они могут применяться в качестве четвертой ступени лечения АР (при неэффективности лечения третьей ступени – комбинированного использования интраназальных стероидов, системных антигистаминных и антилейкотриеновых средств) или для купирования тяжелого обострения АР. С учетом обширного спектра потенциальных нежелательных реакций при их применении допустим короткий курс их системного (предпочтительно перорального) использования. Настоятельно не рекомендовано применение системных форм стероидов интраназально, как и назначение депонированных инъекционных форм системных стероидов [1, 26].

Омализумаб. Является гуманизированным моноклональным антителом, полученным на основе рекомбинантной ДНК. Селективно связывается с IgE и предотвращает его взаимодействие с высокоаффинным FcεRI-рецептором. Таким образом, происходит уменьшение количества свободного IgE, который является пусковым фактором для каскада аллергических реакций. Результаты исследований демонстрируют эффективность омализумаба не только в лечении тяжелой атопической бронхиальной астмы, но и в снижении выраженности всех симптомов и потребности в симптоматическом лечении у пациентов с АР. При АР омализумаб, как и системные стероиды, рекомендован как вариант лечения четвертой ступени при недостаточной эффективности предшествующей терапии. С учетом механизма действия и существующих ограничений его следует назначать пациентам старше 12 лет, которым своевременно не проводилась АСИТ, с тяжелым течением АР по крайней мере за неделю до ожидаемого сезона пыления причинно-значимых растений (согласно анамнестическим данным о предыдущих сезонах) и продолжать лечение до окончания сезона пыления причинно-значимых аллергенов [1, 2, 27, 28].

Аллерген-специфическая иммунотерапия

АСИТ является «золотым стандартом» патогенетического лечения аллергических заболеваний, связанных с IgE-опосредованным механизмом, заключается во введении в организм пациента по специальным схемам увеличивающихся доз аллергена, ответственного за клинические проявления заболевания у данного пациента. Возможность проведения АСИТ должна быть рассмотрена у всех пациентов с АР, кому она не противопоказана (в период ремиссии, в том числе медикаментозной), с целью уменьшения выраженности симптомов АР, снижения потребности в препаратах для симптоматического лечения, предупреждения расширения спектра аллергенов, снижения риска развития бронхиальной астмы.

АСИТ действует как на раннюю, так и на позднюю фазы аллергического ответа, приводит не только к торможению аллерген-специфической реакции, но и к угнетению тканевой гиперреактивности. Под действием АСИТ происходит подавление миграции эффекторных клеток в зону аллергического воспаления, возникает генерация регулирующих Т-лимфоцитов, способствующих индукции иммунологической толерантности, подавлению пролиферативного и цитокинового ответа в отношении виновных аллергенов.

В зависимости от длительности протокола, АСИТ может быть предсезонной, предсезонно-сезонной и круглогодичной. Эффективность ее проведения выражается в уменьшении или полном отсутствии клинических симптомов при естественной экспозиции аллергена в последующем. Доступно проведение АСИТ врачом-аллергологом, начиная с 5-летнего возраста пациента, в виде подкожного и сублингвального методов введения аллергенов. В педиатрической практике предпочтение отдается сублингвальному методу, который обеспечивает высокий уровень безопасности, отсутствие необходимости в инвазивных инъекциях и частых визитах к врачу [2, 5, 29, 30].

Хирургическое лечение

У пациентов с АР к хирургическому лечению прибегают при наличии сопутствующей патологии, вызывающей стойкую обструкцию полости носа. Медицинские показания к проведению хирургического лечения определяет врач-оториноларинголог на основании комплексного осмотра, включающего визуализирующие методы диагностики. Плановое хирургическое лечение не рекомендовано в сезон поллинозиса причинно-значимых аллергенов.

Методы альтернативной и нетрадиционной медицины

Отсутствие убедительной доказательной базы по вопросам эффективности и безопасности применения таких методов, как гомеопатия, фитотерапия, гипноз, техники релаксации, ионизация воздуха, физиотерапия, ограничивает их использование при АР. По некоторым из этих направлений (например, употребление меда, акупунктура) исследования продолжаются, и их результаты свидетельствуют о возможном наличии эффекта в профилактике и лечении АР [1, 2, 5].

■ МЕДИЦИНСКАЯ ПРОФИЛАКТИКА

Медицинская профилактика АР включает стратегии, направленные на снижение риска возникновения и прогрессирования симптомов посредством сочетания контроля за окружающей средой, фармакологических вмешательств и изменения образа жизни. Первичная профилактика направлена на предотвращение развития заболевания, вторичная – на замедление прогрессирования заболевания, а третичная – на уменьшение сопутствующих симптомов и минимизацию последствий. Первичная профилактика ориентирована на снижение заболеваемости путем изменения этиологических или предрасполагающих факторов. Она охватывает тех пациентов, у которых еще нет АР, но которые подвержены риску его развития. Вторичная профилактика направлена на раннее выявление заболевания, чтобы вернуть пациента к полному здоровью и предотвратить стойкое или продолжительное заболевание. Относится к пациентам с ранним АР или уже сенсibilизированным и включает меры, которые следует предпринять для предотвращения прогрессирования АР, с помощью таких средств, как уменьшение воздействия аллергенов и триггеров или проведение АСИТ. Третичная профилактика определяется уменьшением воздействия текущего заболевания и его осложнений с целью оптимизации качества жизни пациента. При АР это относится к пациентам, страдающим от тяжелого АР, и включает меры, которые следует предпринять для профилактики присоединения сопутствующих заболеваний или осложнений. Это может быть достигнуто с помощью определенного лечения в соответствии с современными рекомендациями. Именно

в данном контексте включение АСИТ или биологических препаратов в лечение становится особенно уместным [4].

Профилактика АР направлена на установление и сохранение длительного контроля за клиническими симптомами, предупреждение обострений заболевания. Обязательно включает в себя элиминационные мероприятия – устранение или ограничение воздействия аллергена или иных триггеров АР, исключение из рациона (ограничение) перекрестно-реагирующих продуктов и лекарственных средств растительного происхождения (у пациентов с пыльцевой сенсibilизацией).

АСИТ, предложенная каждому пациенту с АР, кому она не противопоказана и может быть проведена, отвечает важным направлениям вторичной профилактики, включая снижение риска развития бронхиальной астмы, прогрессирования АР, расширения спектра сенсibilизации.

Обучение пациента и его законных представителей, в том числе в рамках работы аллергошкол, состоит в информировании о необходимости грамотного и своевременного лечения; ознакомлении с современными методами специфического и неспецифического лечения; обучении правильному использованию лекарственных препаратов, различным мерам профилактики обострений; психологической реабилитации; самоконтролю; знакомстве с последними научными достижениями в области аллергологии и также является важным профилактическим направлением в ведении заболевания [2].

■ ЗАКЛЮЧЕНИЕ

АР – распространенная и наносящая существенный социально-экономический и медицинский ущерб проблема современной педиатрии. Компетентность и свободное ориентирование широкого круга врачей-специалистов, вовлеченных в мультидисциплинарное командное ведение ребенка с АР, включая врача-педиатра, врача – аллерголога-иммунолога, врача-оториноларинголога, врача-реабилитолога, в современных стратегиях ведения пациента с этим заболеванием, владение знаниями об особенностях лечения АР в детском возрасте, осведомленность о свойствах применяемых лекарственных средств являются залогом своевременности, эффективности и безопасности проведения такого лечения в педиатрической практике.

Обширный и постоянно пополняющийся спектр лекарственных препаратов из различных фармакологических групп позволяет в современных условиях индивидуализировать и модифицировать лечение пациента с АР, в зависимости от клинической ситуации, добиваясь стойкого контроля за симптомами и длительной ремиссии заболевания.

■ ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Wise S.K., Damask C., Roland L.T., et al. International consensus statement on allergy and rhinology: Allergic rhinitis – 2023. *Int Forum Allergy Rhinol.* 2023;13(4):293–859. doi:10.1002/alar.23090
2. Clinical guidelines Allergic rhinitis (2024). RUBRICATOR of clinical recommendations. Available at: https://cr.minzdrav.gov.ru/view-cr/261_2 (accessed 11 May 2025). (In Russ.)
3. Bousquet J., Anto J.M., Bachert C., et al. Allergic rhinitis. *Nat Rev Dis Primers.* 2020;6(1):95. doi:10.1038/s41572-020-00227-0
4. Scadding G.K., Conti D.M., Scheire S., et al. EUFOR EA meeting on defining disease states in allergic rhinitis: towards a unified language in AR. *Front Allergy.* 2025;5:1531788. doi:10.3389/falgy.2024.1531788
5. Astaf'eva N.G., Baranov A.A., Vishneva E.A., et al. Current Clinical Guidelines for the Management of Patients with Allergic Rhinitis. *Pediatric pharmacology.* 2024;21(4):320–343. (In Russ.)

6. Chotchaeva A.A., Kolotilina A.I., Korsunskiy I.A., et al. Allergic rhinitis: approaches to diagnostics and management. *RMJ*. 2018;9:22–28. (In Russ.)
7. Clinical Update Allergic Rhinitis 2024. ASCIA. Available at: <https://www.allergy.org.au/hp/papers/allergic-rhinitis-clinical-update> (accessed 11 May 2025).
8. Papadopoulos N.G., Bernstein J.A., 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
9. Nur Husna S.M., Tan H.T.T., Md Shukri N., et al. Allergic Rhinitis: A Clinical and Pathophysiological Overview. *Front. Med.* 2022;9:1–10. doi:10.3389/fmed.2022.874114
10. Mortada M.M., Kurowski M. Challenges in Local Allergic Rhinitis Diagnosis, Management, and Research: Current Concepts and Future Perspectives. *Medicina (Kaunas)*. 2023;59(5):929. doi:10.3390/medicina59050929
11. 2025 GINA Strategy Report. Global Strategy for Asthma Management and Prevention. Available at: https://ginasthma.org/wp-content/uploads/2025/05/GINA-Strategy-Report_2025-WEB-WMS.pdf (accessed 11 May 2025).
12. Iordache A., Balica N.C., Horhat I.D., et al. A Review Regarding the Connections between Allergic Rhinitis and Asthma – Epidemiology, Diagnosis and Treatment. *Curr Health Sci J*. 2023;49(1):5–18. doi:10.12865/CHSJ.49.01.5
13. Tenero L., Vaia R., Ferrante G., et al. Diagnosis and Management of Allergic Rhinitis in Asthmatic Children. *J Asthma Allergy*. 2023;16:45–57. doi:10.2147/JAA.S281439
14. Scadding G.K., Kariyawasam H.H., Scadding G., et al. BSACI guideline for the diagnosis and management of allergic and non-allergic rhinitis (Revised Edition 2017; First edition 2007). *Clin Exp Allergy*. 2017;47(7):856–889. doi:10.1111/cea.12953
15. Goniotakis I., Perikleous E., Fouzas S., et al. A Clinical Approach of Allergic Rhinitis in Children. *Children (Basel)*. 2023;10(9):1571. doi:10.3390/children10091571
16. Scadding G.K., Smith P.K., Blaiss M., et al. Allergic Rhinitis in Childhood and the New EUFOREA Algorithm. *Front Allergy*. 2021;2:706589. doi:10.3389/falgy.2021.706589
17. Tidke M., Borghare P.T., Pardhekar P., et al. Recent Advances in Allergic Rhinitis: A Narrative Review. *Cureus*. 2024;16(9):e68607. doi:10.7759/cureus.68607
18. Lopatin A.S., Varvianskaia A.V., Osipova E.A., et al. Nasal irrigations: searching for the optimal method. *Russian Rhinology*. 2018;26(1):46–53. doi.org/10.17116/rosrino201826146-53 (In Russ.)
19. Head K., Snidvongs K., Glew S., et al. Saline irrigation for allergic rhinitis. *Cochrane Database Syst Rev*. 2018;6(6):CD012597. doi:10.1002/14651858.CD012597.pub2
20. Štanfel D., Kalogjera L., Ryazantsev S.V., et al. The Role of Seawater and Saline Solutions in Treatment of Upper Respiratory Conditions. *Mar Drugs*. 2022;20(5):330. doi:10.3390/md20050330
21. Kenney P., Hilberg O., Laursen A.C., et al. Preventive effect of nasal filters on allergic rhinitis: A randomized, double-blind, placebo-controlled crossover park study. *J Allergy Clin Immunol*. 2015;136(6):1566–1572.e5. doi:10.1016/j.jaci.2015.05.015
22. Bousquet J., Schünemann H.J., Togias A., et al. Next-generation Allergic Rhinitis and Its Impact on Asthma (ARIA) guidelines for allergic rhinitis based on Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation (GRADE) and real-world evidence. *J Allergy Clin Immunol*. 2020;145(1):70–80.e3. doi:10.1016/j.jaci.2019.06.049
23. Yang H.J. Action-plan and as-needed therapy in allergic rhinitis. *Clin Exp Pediatr*. 2024;67(6):267–273. doi:10.3345/cep.2023.00654
24. Fein M.N., Fischer D.A., O’Keefe A.W., et al. CSACI position statement: Newer generation H1-antihistamines are safer than first-generation H1-antihistamines and should be the first-line antihistamines for the treatment of allergic rhinitis and urticaria. *Allergy Asthma Clin Immunol*. 2019;15(61):1–6. doi.org/10.1186/s13223-019-0375-9
25. Abdullah B., Abdul Latiff A.H., Manuel A.M., et al. Pharmacological Management of Allergic Rhinitis: A Consensus Statement from the Malaysian Society of Allergy and Immunology. *J Asthma Allergy*. 2022;15:983–1003. doi:10.2147/JAA.S374346
26. Hox V., Lourijsen E., Jordens A., et al. Benefits and harm of systemic steroids for short- and long-term use in rhinitis and rhinosinusitis: an EAACI position paper. *Clin Transl Allergy*. 2020;10:1. doi:10.1186/s13601-019-0303-6
27. Yamani I., Bu Saeed K., Alsulami A., et al. Efficacy of Biologic Therapies in the Management of Allergic Rhinitis: A Systematic Review. *Cureus*. 2024;16(10):e71408. doi:10.7759/cureus.71408
28. Yu L., Zhang H., Pan J., et al. Pediatric usage of Omalizumab: A promising one. *World Allergy Organ J*. 2021;14(12):100614. doi:10.1016/j.waojou.2021.100614
29. De Carli M., Capezali E., Tonon S., et al. Mechanism and clinical evidence of immunotherapy in allergic rhinitis. *Front Allergy*. 2023;4:1217388. doi:10.3389/falgy.2023.1217388
30. Roberts G., Pfaar O., Akdis C.A., et al. EAACI Guidelines on Allergen Immunotherapy: Allergic rhinoconjunctivitis. *Allergy*. 2018;73(4):765–798. doi:10.1111/all.13317