

Аллергический ринит: чем может помочь участковый педиатр

Интервью с доктором медицинских наук, профессором, заслуженным врачом РФ, заведующей кафедрой детских болезней, директором Научно-образовательного клинического центра ФГБОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М.Сеченова» Минздрава России **Натальей Анатольевной Геппе**.



– **Наталья Анатольевна, по статистике число пациентов с аллергопатологией, в том числе с аллергическим ринитом (АР), неуклонно растет. Разрабатываются ли российскими экспертами документы, регламентирующие оказание помощи детям с АР? Как они согласуются с зарубежными рекомендациями?**

– Действительно, по нашему опыту, число детей с АР увеличивается. Эти данные публикуются за рубежом; наша клиническая практика также демонстрирует эту тенденцию. В мире по статистике распространенность АР среди взрослых варьирует от 15 до 20% и даже выше. В нашей стране по официальной статистике распространенность АР ниже, чем бронхиальной астмы (БА). Если число больных БА среди детей сегодня составляет 1,5–2%, то при АР эта цифра с трудом дотягивает до 1%. Важно понимать, что полноценной статистики в России по распространенности АР все-таки нет. Это связано с тем, что АР зачастую является не единственным заболеванием ребенка, страдающего атопией. АР может сочетаться и с атопическим дерматитом, и с БА. Конечно, в ряде случаев АР может быть изолированным, но точного числа таких больных мы не знаем.

Нужно сказать, что несовершенство статистики связано в том числе и с недооценкой состояния ребенка и родителями, и врачами. Хочется обратить внимание на то, что наиболее часто диагноз АР ставится у детей

в возрасте 5–6 лет, хотя проявления АР могут быть гораздо раньше, уже у детей первого года жизни.

Учитывая важность проблемы АР, российские эксперты – совместно педиатры, аллергологи, оториноларингологи – создают документы, которые бы помогали и в своевременной постановке диагноза АР, и в назначении адекватного лечения. Так, созданы рекомендации РАДАР и резолюция совета экспертов* от 22.12.2015, посвященные диагностике и лечению АР. В этих документах учтены рекомендации международного научного сообщества, посвященные этой проблеме. Можно сказать, что у нас на сегодня единая позиция с международным научным сообществом относительно АР в совершенствовании диагностики и подходов к лечению.

– **Участковый педиатр будет первым, к кому придет за помощью мама с ребенком, у которого есть те или иные проявления вовлеченности носоглотки в патологический процесс. Наличие каких симптомов может указывать на затяжное течение АР?**

– Вы абсолютно правы, первым, к кому обратится мама, будет педиатр. Поэтому важно, чтобы АР был заподозрен уже на этом этапе оказания медицинской помощи. Задача участкового врача – предположить у ребенка проявления АР и далее попытаться понять причины возникновения этого состояния. Симптомы АР – это сигналы, указывающие на то, что у ребенка есть определенные триггерные, провоцирующие факторы, которые необходимо элиминировать.

Нужно сказать, что АР – это хроническое заболевание, но оно может быть интермиттирующим (с периодами обострения и «светлыми» промежутками, часто сезонного характера) или персистирующим (круглогодичным, когда симптомы АР повторяются в течение года). Симптомы у детей совпадают с симптомами АР у взрослых – это чиханье, ринорея прозрачным отделяемым, заложенность носа, а также зуд или жжение в носу, которые у маленьких детей проявляются чесанием носика рукой. Конечно, чем младше ребен-

ок, тем реже предполагается, что эти симптомы связаны с АР. Чаще симптомы расцениваются как проявления острой респираторной инфекции, и тогда ребенок получает лечение, направленное на ее ликвидацию. В ситуации появления у ребенка симптомов АР, тем более когда они вновь и вновь повторяются, очень важно чтобы и родители, и наблюдающий ребенка доктор – участковый или семейный врач – были внимательными к признакам со стороны верхних дыхательных путей. Ситуация должна держаться под контролем со стороны и семьи, и врача, таким образом, по отношению к этому ребенку будет осуществляться адекватный подход.

В первую очередь необходимо понять, в связи с чем возникают симптомы. Они могут провоцироваться какими-то пищевыми продуктами, факторами окружающей среды, например аллергенами растений, животных, мюдами, косметическими средствами для ухода за кожей ребенка, шерстяными, меховыми вещами и т.д. Провоцирующий фактор желательно идентифицировать и в дальнейшем по возможности элиминировать. Для подтверждения предположений о возможном АР ребенку может быть назначен короткий курс антигистаминных препаратов продолжительностью в 2–3 нед; антигистаминный препарат выбирается в соответствии с возрастом ребенка.

– **Может ли участковый педиатр курировать пациентов с АР? Обязательны ли консультации ЛОР-врача и аллерголога? Какие диагностические тесты должны быть проведены для диагностики АР и в дальнейшем при наблюдении ребенка на участке?**

– Конечно, именно участковый педиатр и будет курировать этого ребенка с АР. Полезна консультация специалиста-оториноларинголога. Важно знать, что, если пациент придет на консультацию вне обострения, оториноларинголог может и не увидеть характерной для АР симптоматики, особенно на раннем этапе заболевания, и, таким образом, подтвердить диагноз АР у него не будет возможности.

В настоящее время оториноларингологи используют информативные эндоскопические методы исследования, позволяющие значительно более точно верифицировать причины затруднения или блокады носового дыхания, которые при АР в первую очередь связаны с отеком слизистой оболочки. Но мы знаем, что нарушение носового дыхания может быть связано и с другими причинами, например аденоидными вегетациями. В то же время АР и аденоидные вегетации могут сочетаться, и поэтому в настоящее время детей не сразу направляют на аденотомию, а сначала проводится консервативное лечение с использованием назальных спреев, содержащих глюкокортикостероиды (ГКС).

В том случае, если участковый педиатр не может оценить ситуацию, но видит атопический характер изменений со стороны носа, предполагает АР, необходимо верифицировать спектр сенсibilизации, причинные факторы, которые могут провоцировать симптомы АР. В этом случае педиатр направляет ребенка к аллергологу.

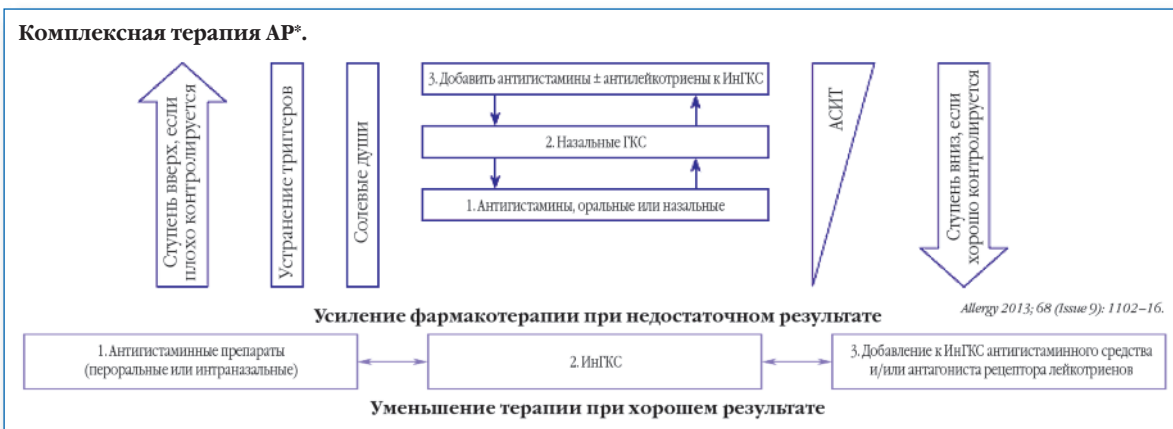
Важно понимать, что как при БА мы говорим, что это в первую очередь клинический диагноз, так в равной степени это можно сказать и об АР. АР – это клинический диагноз, и то, что мы увидим в спектре сенсibilизации, – информация к размышлению о том, насколько тот или иной фактор имеет значение в развитии клинических проявлений заболевания.

– **Какие лабораторные исследования информативны при АР?**

– В клиническом анализе крови как при БА может выявляться умеренное повышение эозинофилов, так и при АР может быть небольшое их увеличение, и более ничего. Задачей аллерголога будет отправить ребенка на аллергообследование, предварительно определив его спектр. Возможно, в процессе диагностики будет рассмотрен вопрос о проведении цитологического исследования назальной слизи, оценены отпечатки со слизистой оболочки носа. Однако это скрининговый дополнительный тест.

– **Наталья Анатольевна, какова цель терапии АР? Какими средствами обладает участковый врач для оказания помощи больному АР?**

– АР – это проявление аллергической, или атопической, настроенности, при которой организм человека сенсibilизируется каким-то фактором окружающей среды и потом избыточно реагирует на минимальные его концентрации. По мере роста человека, по мере его развития при грамотном лечении эти симптомы можно минимизировать. Но



*Резолюция Совета Экспертов «Использование интраназальных глюкокортикостероидов в практике врача-педиатра». Вопр. практической педиатрии. 2016; 11 (3): 62–4.

собственно атопический фенотип изменить невозможно, и клинические проявления аллергической настроенности будут в той или иной степени сохраняться.

Когда АР легкий по своей выраженности, незначительно влияющий на качество жизни ребенка, и в случае, если мы знаем провоцирующий фактор, участковый врач может ограничиться курсом антигистаминных препаратов.

У больного АР, особенно средней тяжести или тяжелым, часто имеют место выраженные симптомы, которые нарушают его жизнь: сон, дневную активность, привносят в жизнь выраженный дискомфорт. Одно только нарушение носового дыхания может сопровождаться головными болями, повышенной утомляемостью. Поэтому, конечно, если у нас на приеме пациент с таким АР, мы должны постараться уменьшить или по возможности ликвидировать проявления АР.

Если у пациента выраженные проявления АР, которые не поддаются терапии антигистаминными препаратами или элиминационными мероприятиями, считается патогенетически обоснованным и правильным подходом проведение аллергенспецифической иммунотерапии (АСИТ) тем причинно-значимым аллергеном, который был выявлен у ребенка. Решение о проведении АСИТ принимает и проводит специалист-аллерголог. АСИТ – очень эффективный метод, в настоящее время интенсивно развивающийся. Сейчас применяются не только инъекционные формы, но и сублингаальные препараты. АСИТ хорошо переносится пациентами и дает хорошие результаты. Однако учитывая то, что для достижения эффекта нужно определенное время (ведь эта терапия проводится иногда годами), то в период обострения заболевания и нарушения назальной проходимости активно могут быть использованы препараты, восстанавливающие носовое дыхание. К ним мы можем отнести сосудосуживающие средства, применяемые ограниченный период времени. Их применение не влияет на основной процесс, поэтому симптомы «рикошета» могут быть даже более выражены после прекращения использования этих средств, чем до их назначения.

В некоторой степени нам помогают так называемые барьерные методы защиты слизистой оболочки полости носа у детей с АР, которые препятствуют контакту аллергена со слизистой оболочкой, подслизистыми слоями, клетками иммунной системы и запуску или активации аллергического процесса. Это препараты, содержащие микроцеллюлозу или комплексы веществ, создающие барьер на поверхности слизистой оболочки носа. Эти препараты дают неплохие результаты.

Средства, оказывающее патогенетическое воздействие на аллергическое воспаление и положительно сказывающиеся на симптомах АР, – это, конечно, назальные спреи, содержащие ГКС, в частности мометазона фураат. Мометазона фураат – это препарат, обладающий высокой эффективностью, безопасностью, может быть использован у детей с 2-летнего возраста. Применение мометазона фураата позволяет восстанавливать носовое дыхание (и днем, и ночью), уменьшать отек слизистой оболочки носа.

– **Использование мометазона фураата препятствует усугублению симптоматики, утяжелению заболевания?**

– Если на коже у ребенка есть даже минимальные проявления атопического дерматита и ребенок будет всю время расчесывать, то в этом участке произойдет активация воспаления, произойдет привлечение в эту зону клеток-эффекторов, активизируются не только локальные, но и системные звенья аллергического ответа. Так же и при АР: если мы защищаем слизистую, уменьшаем выраженность аллергического воспаления, это может положительно сказаться на течении заболевания и дальнейшей реализации проявлений атопического фенотипа. Счита-

ется, что АР – заболевание, предрасполагающее к БА и ассоциированное с ней. И, когда мы видим ребенка с АР, обязательно нужно уточнить наличие у него бронхообструкции. А у ребенка с повторяющейся обструкцией необходимо выявлять АР, поскольку, возможно, именно АР и вызывает предрасположенность к симптомам со стороны нижних дыхательных путей. Поэтому, конечно, если мы защищаем слизистую, уменьшаем воспалительный процесс, естественно, мы улучшаем течение болезни и изменяем, облегчаем последующие ее проявления.

– **Современные руководства по терапии АР рекомендуют назначать интраназальные ГКС (ИнГКС) достаточно широко. Обосновано ли это?**

– Важно понимать, что не каждому ребенку с проявлениями АР рекомендуются ИнГКС. Эти препараты должны назначаться по поводу среднетяжелых/тяжелых проявлений заболевания. Да, применять ИнГКС стали гораздо шире, и это правильно, потому что в последнее время мы лучше стали ставить диагноз, соответственно, и подходы к терапии стали более адекватными и грамотными. Таким образом, у всех детей с АР базовыми являются антигистаминные препараты в сочетании с назальными спреями ГКС при утяжелении симптомов заболевания. Также при терапии тяжелого АР может быть эффективно комбинированное применение антигистаминных препаратов, ИнГКС и антилейкотриеновых препаратов.

– **Наталья Анатольевна, как контролировать баланс между эффективностью и безопасностью при использовании ИнГКС?**

– Безопасность назальных спреев ГКС, в частности мометазона фураата, доказана в большом количестве исследований. Сам факт наличия в инструкции показания с 2-летнего возраста говорит нам о проведении многочисленных клинических исследований и высоком уровне доказательности. Конечно,

родители и врачи опасаются возможного системного эффекта. В исследованиях показано, что ИнГКС действуют местно, непосредственно на слизистой оболочке верхних дыхательных путей, не демонстрируя системные эффекты даже при длительном применении. Вопрос длительности применения ИнГКС очень серьезно обсуждается экспертами. Согласно решению нашего экспертного совета есть две важные временные границы. Первая – это 3–4 нед применения, в течение которых мы обязательно должны оценить появление или отсутствие эффекта. Если у ребенка были выраженные симптомы и они улучшились, то курс применения можно пролонгировать до 3 мес. Хочу подчеркнуть, что в процессе использования ИнГКС мы должны проводить весь возможный комплекс элиминационных мероприятий по предполагаемым и выявленным факторам, которые могут поддерживать и провоцировать аллергическое воспаление.

– **Можно ли и далее пролонгировать применение ИнГКС?**

– В мире есть опыт применения и более длительного, но все-таки у детей лучше придерживаться названных временных рамок.

– **Наталья Анатольевна, Вы упомянули о резолюции Совета экспертов по использованию ИнГКС в практике врача-педиатра. Какие, на Ваш взгляд, самые важные идеи заложены в этом документе?**

– Они во многом уже были мной озвучены. Во-первых, необходима своевременная диагностика АР. Во-вторых, это возможность активного участия врачей первичного звена, которые могут заподозрить и поставить диагноз АР. Необходимы выявление триггерных факторов и использование современных методов лечения, позволяющих уменьшить риски развития такого серьезного заболевания, как БА.

– **Наталья Анатольевна, благодарим Вас за интервью.**

Глубокоуважаемые коллеги!

Приглашаем Вас принять участие в I Общероссийском Форуме с международным участием «МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ЗДОРОВЬЯ ЖЕНЩИН И ДЕТЕЙ» 24–25 ноября 2016 г.

Организаторы:

- Всемирная ассоциация женщин-врачей
- ФГБОУ ВО Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова Минздрава России
- Общероссийская общественная организация «Союз женщин-врачей России»
- Межрегиональная общественная организация «Педиатрическое респираторное общество»
- Региональная общественная организация «Общество детских врачей Москвы»

Место и адрес проведения:

Конгресс-центр ФГБОУ ВО Первый Московский государственный университет им. И.М. Сеченова Минздрава России; Москва, ул. Трубецкая, 8

Тематические направления Форума:

- Совершенствование организации и законодательного обеспечения решения медико-социальных проблем материнства и детства. Государственно-частное партнерство в здравоохранении
- «Дальний Восток» и субъекты Российской Федерации: лучшие медико-социальные программы и технологии в области охраны здоровья женщин и детей и их информационное обеспечение.
- Медико-социальные аспекты женского здоровья. Женское здоровье как предиктор здорового поколения.

- Медико-социальные аспекты детского здоровья. Ранняя диагностика и профилактика социально значимых заболеваний у детей.
- Болезни органов дыхания у детей. Актуальные проблемы диагностики, лечения и профилактики.
- Аллергические заболевания у детей. Современные принципы диагностики, лечения и профилактики.
- Ревматологические заболевания детского возраста. Новые методы лечения и реабилитации.
- Гастроэнтерология в педиатрии. Принципы ведения детей с заболеваниями желудочно-кишечного тракта.
- Инфекционные заболевания у детей. Возможности диагностики, лечения, специфической и неспецифической профилактики.
- Детская эндокринология. Образовательные программы для врачей-педиатров и родителей пациентов.
- Психоневрология детского возраста. Взаимодействие педиатра и невролога в вопросах лечения и реабилитации детей с заболеваниями нервной системы.
- Табакокурение у школьников. Подходы к лечению и профилактике.
- Вопросы питания детского возраста. Вскармливание детей грудного возраста, рациональное питание в разном возрасте, диетотерапия при различных заболеваниях.
- Неотложная помощь детям в домашних условиях.

КОНТАКТНАЯ ИНФОРМАЦИЯ:

119991, Россия, Москва, ул. Б. Пироговская, д. 19. Кафедра детских болезней, Университетская детская клиническая больница, ФГБОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрав РФ. Тел.: (499) 248-4422, факс: (499) 248-4277. E-mail: gerpe@mma.ru, med-info@mail.ru