

## Терапевтические подходы к ведению детей с аллергическим ринитом в условиях реальной клинической практики

SCO — краткое сообщение

<https://doi.org/10.53529/2500-1175-2023-1-39-42>**Д. А. Волкова, М. А. Козлова, О. В. Скороходкина***ФГБОУ ВО «Казанский государственный медицинский университет» Минздрава Республики Татарстан, г. Казань, 420012, ул. Бутлерова, д. 49, Россия***Ключевые слова:** аллергический ринит, медикаментозная терапия, аллерген-специфическая иммунотерапия.**Для цитирования:** Волкова ДА, Козлова МА, Скороходкина ОВ. Терапевтические подходы к ведению детей с аллергическим ринитом в условиях реальной клинической практики. Аллергология и иммунология в педиатрии. 2023; 1: 39–42. <https://doi.org/10.53529/2500-1175-2023-1-39-42>

## The management of allergic rhinitis in children in real clinical practice

<https://doi.org/10.53529/2500-1175-2023-1-39-42>**D. A. Volkova, M. A. Kozlova, O. V. Skorokhodkina***Kazan State Medical University, 49 Butlerova Street, Kazan, 420012, Russia***Keywords:** allergic rhinitis, allergen immunotherapy, pharmacotherapy.**For citation:** Volkova DA, Kozlova MA, Skorokhodkina OV. The management of allergic rhinitis in children in real clinical practice. *Allergology and Immunology in Pediatrics*. 2023; 1: 39–42. <https://doi.org/10.53529/2500-1175-2023-1-39-42>

### Актуальность

Аллергический ринит (АР) является наиболее распространенным аллергическим заболеванием у детей, частота которого в Российской Федерации составляет 18–38% [1, 2]. В возрастной группе до 5 лет распространенность АР наиболее низкая, подъем заболеваемости отмечается в раннем школьном возрасте, средняя распространенность АР среди детей 6–7 лет составляет 8,5%, среди детей 13–14 лет — 14,6%, в дальнейшем наблюдается увеличение процента заболеваемости и среди подростков в возрасте 15–18 лет распространенность АР достигает 34,2% [3].

В настоящее время медикаментозная терапия АР включает применение топических блокаторов H1-гистаминовых рецепторов (ИнаГП), системных H1-антигистаминных препаратов II поколения (АГП), интраназальных глюкокортикостероидов (ИнГКС), антагонистов лейкотриеновых рецепторов (АЛТ), а также их комбинаций. Результаты проведенных исследований, основанных на принципах доказательной медицины, показали, что наибольшей эффективностью в отношении эозинофильного воспаления при АР обладают ИнГКС или фиксированные комбинации ИнГКС и ИнаГП [1]. Назначение АЛТ предпочтитель-

но у пациентов с сочетанной патологией — АР и бронхиальной астмой (БА) [1, 4].

Особое место в терапии АР занимает аллерген-специфическая иммунотерапия (АСИТ), которая является единственным методом терапии, способным модифицировать течение болезни благодаря изменению патологических механизмов, лежащих в основе иммунологических процессов аллергических заболеваний [5, 6].

**Цель:** проанализировать терапевтические подходы к ведению детей с аллергическим ринитом, включая назначение АСИТ, в условиях реальной клинической практики.

### Методы

За период 2021 года нами проанализирована медицинская документация 2318 детей в возрасте от 3 до 18 лет, находящихся под наблюдением аллерголога-иммунолога в ГАУЗ «Детская республиканская клиническая больница» МЗ РТ с диагнозами аллергический ринит (J30.1, J30.3) и бронхиальная астма (J45.0). Диагноз устанавливался на основе принятых стандартов диагностики указанных заболеваний. Общеклинические методы обследования включали оценку анамнеза, данных объективного осмотра, результатов лабораторных (общий анализ крови, исследование

риноцитогаммы) и инструментальных (исследование функции внешнего дыхания, с постановкой теста с  $\beta_2$ -адреномиметиком, передняя риноскопия) методов исследования. Специфическое обследование включало анализ данных аллергологического анамнеза, кожное тестирование с неинфекционными аллергенами, исследование уровня общего и специфических IgE.

Далее все пациенты были разделены на 2 группы. Первую группу составили дети, которым по поводу АР была назначена медикаментозная терапия, — 1923 пациента (83%); вторую — пациенты, находящиеся на АСИТ, — 394 пациента (17%).

### Результаты

Анализ данных медицинской документации показал, что персистирующее течение аллергического ринита было зафиксировано у 1083 пациентов (56,3%), интермиттирующая форма заболевания отмечалась у 840 детей (43,7%). При этом легкое течение АР наблюдалось у 597 детей (31,1%), течение средней степени тяжести — у 1320 (68,6%), тяжелое течение — у 6 (0,3%). Наиболее часто АР фиксировался у детей младшего и старшего школьного возраста (784 (40,8%) и 887 (46,1%) соответственно). Существенно реже симптомы аллергического ринита выявлялись у детей дошкольного возраста — у 236 (12,3%). Единичные случаи АР были отмечены у детей раннего возраста — 16 (0,8%).

У 1244 (64,7%) пациентов аллергический ринит сочетался с проявлениями атопической бронхиальной астмы (БА). Следует отметить, что сочетание АР и БА наиболее часто наблюдалось у детей старшего и младшего школьного возраста — у 667 (53,7%) и 459 (36,9%) соответственно. Кроме того, в 1263 (65,7%) случаях аллергическому риниту сопутствовал аллергический конъюнктивит.

Анализ данных аллергологического обследования показал, что у значительного количества детей с АР выявлялась сенсibilизация к пыльцевым и бытовым аллергенам (54,2% и 69,5% соответственно), которая нередко сочеталась с сенсibilизацией к аллергенам животных (45,5%). Существенно реже наблюдалась сенсibilизация к аллергенам плесневых грибов — 2,15%, у 10,7% пациентов выявлена сенсibilизация к пищевым аллергенам. При этом у подавляющего большинства детей с АР в 1596 (83%) случаях наблюдалась полисенсibilизация, а в 1500 (78%) она сопровождалась явлениями полиаллергии.

83% детей по поводу АР получали патогенетическую медикаментозную терапию. При этом монотерапию ИнГКС получали только 31 пациент (4,5%), 7 (1,1%) детям была назначена монотерапия АГП II поколения *per os*. Подавляющее большинство пациентов, 398 (58,6%), в качестве терапии первой линии использовали ИнГКС в сочетании с АГП II поколения *per os*, а у 213 детей (31,3%) дополнительно были назначены АЛТ. Фиксированная комбинация ИнГКС и ИнАГП была назначена только 1 пациенту (0,2%). Кроме того, 15 детей (2,3%) получали терапию ИнГКС в сочетании с АЛТ, 9 (1,3%) — терапию пероральными АГП и АЛТ, 5 детей (0,7%) — топическими АГП и в сочетании с АГП *per os*.

Аналогичные тенденции наблюдались и в группе детей с сочетанием АР и БА: ИнГКС в сочетании с пероральными АГП были назначены 626 пациентам (50,3%), а 434 (34,9%) дополнительно к указанной комбинации получали монтелукаст. Монотерапию ИнГКС получали 140 детей (11,2%), сочетание ИнГКС и АЛТ — 28 (2,2%), сочетание пероральных антигистаминных препаратов с АЛТ — 4 (0,3%), монотерапию АЛТ — 4 (0,3%), монотерапию системными АГП — 8 (0,6%).

Вторую группу (394 (17%)) составили дети, которым по поводу АР была назначена АСИТ. При этом 221 пациент (56%) получал подкожный вариант иммунотерапии (ПКИТ): 93 (42%) — аллергенами пыльцы деревьев, 71 (32%) — аллергенами сорных трав, 35 (16%) — аллергенами луговых трав и 22 (10%) — аллергенами клещей домашней пыли. В свою очередь, сублингвальный вариант иммунотерапии (СЛИТ) осуществлялся у 173 пациентов (44%) с применением стандартизированных высокодозированных лечебных аллергенов. Таким образом, 93 пациента (54%) получали лечение аллергенами пыльцы деревьев, 45 (26%) — аллергенами клещей домашней пыли и 35 (20%) — аллергенами луговых трав.

### Заключение

Таким образом, наиболее часто АР фиксировался у детей младшего и старшего школьного возрастов, что соответствует данным и других авторов [7]. При этом если персистирующее и интермиттирующее течение АР наблюдалось примерно в равных долях (56,3% и 43,7% соответственно), то по степени тяжести преобладающей являлась средняя степень тяжести течения заболевания (68,6%), что, очевидно, во многом обуславлива-

ло выбор средств патогенетической терапии. Так, подавляющее число детей с АР получало комбинацию ИнГКС и пероральных АГП II поколения, что соответствует 3-й ступени терапии АР [4]. Возможно, выбор врачей в пользу использования АГП системного действия был связан с высокой частотой сопутствующего АК (65,7%). В то же время недавно проведенные исследования свидетельствуют о преимуществах в отношении эффективности и безопасности фиксированных комбинаций ИнГКС и ИнАГП [8]. Несмотря на то что комбинация мометазона фуората/олапатадина гидрохлорида в настоящее время разрешена к применению у детей с 6 лет, в нашем исследовании указанный вариант терапии был назначен только 1 пациенту (0,2%).

Известно, что частота ассоциации БА и АР составляет 55–85%, а у 15–38% пациентов с АР в последующем развиваются симптомы БА [4]. В нашем исследовании более чем у половины детей с АР (64,7%) имелись проявления БА, что является тревожным фактом и, очевидно, требует пристального внимания со стороны врачей, а также пересмотра стратегий терапии АР в пользу увеличения доли пациентов с более ранним назначением АСИТ. Однако в нашем исследовании у пациентов с сочетанной патологией, аналогично пациентам с изолированным АР, преобладающим вариантом терапии являлось назначение ИнГКС в сочетании с АГП II поколения *per os* (50,3%). У 34,9% пациентов дополнительно был назначен монтелукаст, что в целом соответствует современным рекомендациям по выбору стратегий терапии

АР у пациентов с сочетанной патологией. В то же время обращает внимание частота назначения АЛТ у пациентов с АР без признаков БА (31,3%), что с учетом возможных побочных эффектов указанной группы препаратов трудно признать рациональным выбором терапии заболевания [4].

Кроме того, актуальные клинические рекомендации предлагают каждому пациенту с АР рассмотреть возможность проведения АСИТ. В нашем исследовании только 17% детей был назначен данный вариант терапии. А между тем известно, что результатом завершения успешных курсов АСИТ является сохранение длительной ремиссии заболевания, предупреждение расширения спектра аллергенов, к которым формируется сенсибилизация, профилактика формирования тяжелых форм заболевания (БА). Важно отметить, что в недавних метаанализах и систематических обзорах Европейской ассоциации аллергологов и клинических иммунологов (ЕААСИ) убедительно показано, что пациенты с АР, получающие АСИТ, отмечают значимое уменьшение тяжести АР, уменьшение потребности в фармакотерапии, а также значительное улучшение качества жизни [9, 10].

Таким образом, в настоящее время в реальной клинической практике требуется не только оптимизация подходов к выбору средств медикаментозной терапии АР, но и значимое увеличение доли пациентов, получающих АСИТ.

Работа выполнена при поддержке гранта ФГБОУ ВО «Казанский государственный медицинский университет» Минздрава России № 2/22-10 от 02.08.2022 г.

## ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Хаитов МР, Намазова-Баранова ЛС, Ильина НИ и др. ARIA 2019: алгоритмы оказания помощи при аллергическом рините в России. Российский Аллергологический Журнал. 2020; 17(1): 7–22. [Haitov MR, Namazova-Baranova LS, Il'ina NI i dr. ARIA 2019: algoritmy okazaniya pomoshchi pri allergicheskom rinite v Rossii. Rossijskij Allergologicheskij Zhurnal. 2020; 17(1): 7–22. (In Russ.)] <https://doi.org/10.36691/RAJ.2020.17.1.001>.
2. Аллергия у детей: от теории — к практике. Под ред. Л. С. Намазовой-Барановой. М.: Союз педиатров России, 2010–2011. 668 с. [Allergiya u detej: ot teorii — k praktike. Pod red. L. S. Namazovoj-Baranovoj. M.: Soyuz pediatrov Rossii, 2010–2011. 668 p. (In Russ.)]
3. Намазова-Баранова ЛС, Баранова АА, Хаитов РМ. Аллергология и иммунология. Практические рекомендации для педиатров. М.: ПедиатрЪ, 2020. С. 81–82. [Namazova-Baranova LS, Baranova AA, Haitov RM. Allergologiya i immunologiya. Prakticheskie rekomendacii dlya pediatrov. M.: Pediatr, 2020. P. 81–82. (In Russ.)]
4. Аллергический ринит. Клинические рекомендации. 2020. [Электронный ресурс]. Ссылка активна 04.12.2022. [Allergicheskij rinit. Klinicheskie rekomendacii. 2020. [Elektronnyj resurs]. Ssylka aktivna 04.12.2022. (In Russ.)] URL: <https://raaci.ru/dat/pdf/AR.pdf>.
5. Arasi S, Corsello G, Villani A, Pajno GB. The future outlook on allergen immunotherapy in children: 2018 and beyond. Ital J Pediatr. 2018; 44 (1): 80. <https://doi.org/10.1186/s13052-018-0519-4>.

6. Rudman Spergel AK, Minnicozzi M, Wheatley LM, Togias A. Is Allergen Immunotherapy in Children Disease Modifying? A Review of the Evidence. *Curr Allergy Asthma Rep.* 2018; 18 (9): 47. <https://doi.org/10.1007/s11882-018-0801-y>.
7. Бережанский ПВ, Шубин ЛБ, Чуприкова НП. Распространенность аллергического ринита среди детей, проживающих на территории Одинцовского городского округа Московской области. *Медико-фармацевтический журнал Пульс.* 2022; 24 (5): 5–12. [Berezhanskij PV, Shubin LB, Chuprikova NP. Rasprostranennost' allergicheskogo rinita sredi detej, prozhivayushchih na territorii Odincovskogo gorodskogo okruga Moskovskoj oblasti. *Mediko-farmaceuticheskij zhurnal Pul's.* 2022; 24 (5): 5–12. (In Russ.)] <https://doi.org/10.26787/nydha-2686-6838-2022-24-5-5-12>. — EDN GVAGOS.
8. Bousquet J, Schünemann HJ, 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 [published correction appears in *J Allergy Clin Immunol.* 2022 Jun; 149 (6): 2180]. *J Allergy Clin Immunol.* 2020; 145 (1): 70–80.e3. <https://doi.org/10.1016/j.jaci.2019.06.049>.
9. Halken S, Larenas-Linnemann D, Roberts G, Calderón MA, Angier E, Pfaar O. et al. EAACI guidelines on allergen immunotherapy: prevention of allergy. *Pediatr Allergy Immunol.* 2017; 28 (8): 728–745. <https://doi.org/10.1111/pai.12807>.
10. Agache I, Akdis CA, Chivato T, Hellings P, Hoffman-Sommergruber K, Jutel M. EAACI White paper on Research, Innovation and Quality Care. Published by EAACI. 2018.