

ОШИБКИ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ

В рамках IV Европейского конгресса педиатров – Europaediatrics-2009, 3-6 июля 2009 г., Москва, – была проведена интерактивная сессия «Ошибки диагностики и лечения аллергии у детей». Мероприятие было организовано компанией Schering-Plough и прошло под председательством д.м.н., член-корр. РАМН А.В. Караулова и проф. Ф. Эйгенманна (Швейцария). В работе интерактивной сессии приняли участие более 200 педиатров из России и зарубежья. С докладом выступила доктор медицинских наук, профессор, заведующая кафедрой детской оториноларингологии РМАПО Елена Петровна Карпова.



Е.П. Карпова, д.м.н., профессор, заведующая кафедрой детской оториноларингологии РМАПО

Профессор Е.П. Карпова начала доклад с современного определения аллергического ринита (АР). АР (раздел J30 по Международной классификации болезней 10-го пересмотра – МКБ10) – хроническое заболевание слизистой оболочки носа, в основе которого лежит IgE-опосредованное аллергическое воспаление, обусловленное воздействием различных аллергенов и проявляющееся комплексом симптомов в виде ринореи, заложенности носа, чихания и зуда в носовой полости. Аллергия – это не набор отдельных симптомов, а сложный

системный процесс, в который вовлечены различные органы: легкие (бронхиальная астма), ЛОР-органы (АР, аллергический евстахиит), гла-

за (аллергический конъюнктивит), желудочно-кишечный тракт, астено-вегетативный синдром, кожа (атопический дерматит, крапивница, отек Квинке). Прежде чем ставить диагноз, необходимо учитывать функциональное единство систем организма. Иммунопатологический ответ, проявляющийся как хроническое аллергическое воспаление, идентичен в верхних и нижних отделах дыхательных путей.

Аллергия в настоящее время является одним из самых распространенных заболеваний на планете, подчеркнула проф. Е.П. Карпова. По данным исследования Dreams, общая распространенность персистирующего аллергического ринита в Европе – 22,7% популяции.

В России лишь 18% пациентов направляются к специалисту в течение первого года после появления симптомов сезонного аллергического ринита (САР), в 30% случаев интервал между появлением симптомов и установлением диагноза составляет 2 года, в 43% – 3 года, а 10% пациентов страдают САР до верификации этиологии аллергии 4 и более лет.



АЛЛЕРГИИ У ДЕТЕЙ

При обследовании ребенка с симптомами аллергического ринита отоларинголог, аллерголог, педиатр, психоневролог видят разные заболевания у одного и того же пациента. Таким образом, к аллергическому риниту добавляются сопутствующие симптомы: аденоидит, нарушение сна, обструктивное апноэ во сне, сонливость днем, нарушение концентрации внимания, памяти, способности к обучению. По результатам исследования М. Modrzynski, E. Zawisza, аденоидные вегетации значительно чаще встречаются у детей с атопией (АР, бронхиальная астма, атопический дерматит), чем у детей без нее. У пациентов с АР часто встречаются острый средний отит и острый риносинусит.

АР повышает риск хронического риносинусита, приводит к затяжному течению респираторных инфекций у детей. У пациентов с АР, у которых наблюдается гипертрофия аденоидов, более высокий риск воспалений и инфекций нижних дыхательных путей.

У детей с АР появляются сопутствующие заболевания: хронический риносинусит (частота > 75%), секреторный отит (встречается у 50% пациентов, подвергающихся оперативному лечению), аденоидные вегетации (у больных АР в 6-летнем возрасте – в 90% случаев). Также аномалия прикуса зубов встречается в 4 раза чаще у пациентов с нарушением носового дыхания (при дыхании через рот).

Таким образом, подчеркнула Елена Петровна, я призываю обращать внимание на аллергические причины ринита в следующих случаях: инфекции дыхательных путей, гипертрофия аденоидов, хронический риносинусит, назальные полипы.

Хочу отметить, продолжила проф. Е.П. Карпова, что не рекомендуется применять при лечении данных заболеваний антигистаминные препараты I поколения в связи с седативным эффектом, негативным влиянием на когнитивные функции, астму и другие сопутствующие заболевания. Не следует назначать и системные глюкокортикостероиды (в/м, пролонгированные).

Лечить АР необходимо в соответствии с международными стандартами. Одной из наиболее авторитетных международных организаций, занимающихся их подготовкой, признана созданная под эгидой ВОЗ рабочая группа по изучению АР и его влияния на астму – ARIA (Allergic Rhinitis and its Impact on Asthma). Одним из направлений деятельности ARIA является разработ-



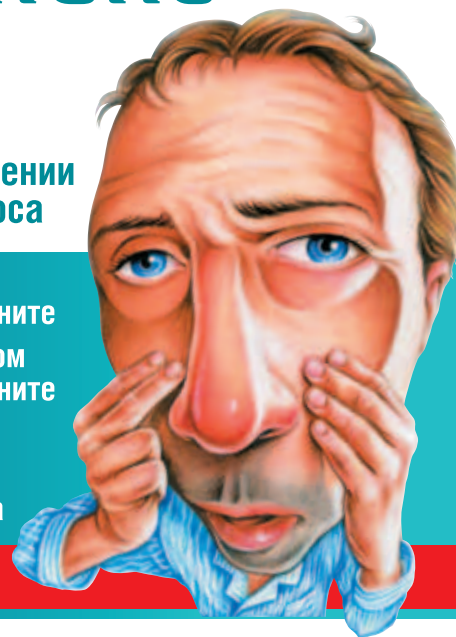
Назонекс®

(мометазона фураат)

назальный спрей
на водной основе

эксперт в устранении
заложенности носа

- при сезонном аллергическом рините
- при круглогодичном аллергическом рините
- при обострении синуситов*
- при полипозе носа



- ✓ Назонекс® быстро* и эффективно уменьшает заложенность носа¹
- ✓ Назонекс® достоверно уменьшает симптомы аллергического конъюнктивита²
- ✓ Назонекс® эффективно предупреждает развитие симптомов САР³
- ✓ Назонекс® эффективно уменьшает размер и предупреждает рецидивы полипов^{3,4}
- ✓ Назонекс® обладает наилучшим профилем местной и системной безопасности:
 - Самая низкая системная биодоступность (≤0,1%) в группе назальных стероидов⁵
 - Не вызывает атрофию слизистой оболочки носа⁶
- ✓ Назонекс® — единственный интраназальный кортикостероид, разрешенный к применению у детей с 2-х лет⁷
- ✓ Назонекс® прост и удобен в применении^{6,7}:
 - 98% пациентов считают Назонекс® простым и удобным в применении.

*Острый рецидивирующий синусит, в комбинации с антибиотиками

Краткая инструкция по медицинскому применению Назонекс® (Nasonex®)

НАЗОНЕКС® — мометазон (mometasone), спрей назальный дозированный.
Фармакологическое действие: Мометазон — синтетический глюкокортикостероид (ГКС) для интраназального введения с противовоспалительным и противоаллергическим действием в дозах, при которых не возникает системных эффектов, имеет пренебрежимо малую биодоступность (≤0,1%). **Показания к применению:** Сезонный и круглогодичный аллергический ринит у взрослых, подростков и детей с 2-летнего возраста. Острый синусит или обострение хронического синусита у взрослых (в том числе пожилого возраста) и подростков с 12 лет — в качестве вспомогательного терапевтического средства при лечении антибиотиками. Профилактическое лечение сезонного аллергического ринита среднетяжелого и тяжелого течения у взрослых и подростков с 12 лет (рекомендуется за две-четыре недели до предполагаемого начала сезона пыления). Полипоз носа, с нарушением носового дыхания и обоняния, у взрослых (от 18 лет). **Противопоказания:** Гиперчувствительность к какому-либо из веществ, входящих в состав препарата. Присутствие нелеченной местной инфекции с вовлечением в процесс слизистой оболочки носовой полости. Недавнее оперативное вмешательство или травма носа с повреждением слизистой оболочки носовой полости — до заживления раны (в связи с ингибирующим действием ГКС на процессы заживления). Детский возраст (при сезонном и круглогодичном аллергическом рините — до 2 лет, при остром синусите или обострении хронического синусита — до 12 лет, при полипозе — до 18 лет) — в связи с отсутствием соответствующих данных. **С осторожностью** при туберкулезной инфекции (активной или латентной) респираторного тракта, нелеченной грибковой, бактериальной, системной вирусной инфекции или инфекции, вызванной Herpes simplex с поражением глаз (в виде исключения возможно назначение препарата при перечисленных инфекциях по указанию врача). **Применение во время беременности и лактации:** НАЗОНЕКС® следует назначать беременным или кормящим грудью только в случае, если ожидаемая польза от назначения препарата оправдывает потенциальный риск для плода или младенца. **Способ применения:** Лечение сезонного или круглогодичного аллергического ринита. Взрослые и подростки с 12 лет: профилактическая и терапевтическая доза — 2 ингаляции (50 мкг каждая) в каждую ноздрю 1 раз в день (200 мкг/сутки). По достижении эффекта возможно уменьшение дозы до 100 мкг в сутки. При недостаточной эффективности доза может быть увеличена до 400 мкг/сутки. После уменьшения симптомов — снижение дозы. Дети 2–11 лет: рекомендуемая суточная доза — 100 мкг. **Вспомогательное лечение острого синусита или обострения хронического синусита.** Взрослые и подростки с 12 лет: рекомендуемая суточная доза — 400 мкг. При необходимости — до 800 мкг. После уменьшения симптомов заболевания рекомендуется снижение дозы. **Лечение полипоза носа.** Взрослые от 18 лет: рекомендуемая терапевтическая доза 400 мкг в сутки. После уменьшения симптомов — снижение — до 200 мкг в сутки. **Побочное действие:** головная боль, носовые кровотечения, фарингит, жжение в носу, раздражение слизистой оболочки носа, изъязвление слизистой оболочки носа. Редко — реакции повышенной чувствительности немедленного типа (бронхоспазм, одышка), очень редко — анафилаксия, ангионевротический отек, нарушения вкуса и обоняния. Очень редко при интраназальном применении ГКС отмечались случаи перфорации носовой перегородки и повышения внутриглазного давления. **Взаимодействие с другими препаратами.** Не было отмечено.

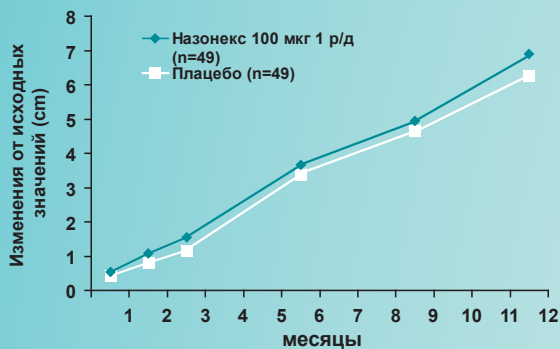
Список литературы

1. Berkowitz RB, Roberson S, Zora J, et al. Mometasone furoate nasal spray is rapidly effective in the treatment of seasonal allergic rhinitis in an outdoor (park), acute exposure setting. Allergy Asthma Proc 1999;20:167-172. 2. Schenkel E, LaForce C, Gates D. Mometasone furoate nasal spray is effective in relieving the ocular symptoms associated with seasonal allergic rhinitis. Allergy Clin Immunol Int 2007;19:50-53. 3. Small at all. Efficacy and safety of mometasone furoate nasal spray in nasal polyposis. J Allergy Clin Immunol. 2005; vol 116(6): 1275-81. 4. Stjärne P, Olsson P. Efficacy of Mometasone Furoate Nasal Spray in the Postsurgical Treatment of Nasal Polyposis. EAACI 2008. 5. Minshall E, Ghaffar O, Cameron L, et al. Assessment by nasal biopsy of long-term use of mometasone furoate aqueous nasal spray (Nasonex) in the treatment of perennial rhinitis. Otolaryngol Head Neck Surg. 1998;118(5):648-654. 6. Nasonex Claims Evaluation. Synovate Market Research, 2006. 7. www.arthritis.org. 8. Инструкция по медицинскому применению препарата Назонекс®. Регистрационный номер — ПН014744/01

Schering-Plough

ООО «Шеринг-Плау»
Россия, 119049, Москва, ул. Шаболовка, д. 10, стр. 2
Тел.: (495) 916-71-00. Факс: (495) 916-70-94

Рисунок 1. Терапия Назонексом в течение 12 месяцев не оказывает влияния на рост детей



Schenkel et al. *Pediatrics*. 2000;105:E22.

ка и распространение руководств по терапии данных состояний. Национальные рекомендации по лечению данного заболевания основаны на руководстве ARIA 2008, которое должно помочь педиатрам и другим специалистам. В документе прописаны основные принципы лечения АР: патогенетический подход, комплексность, этапность в проведении лечения, предупреждение возникновения АР. При лечении пациентов с диагнозом АР нужно устранить контакт с аллергеном, применять фармакотерапию, специфическую иммунотерапию, а также проводить образовательные программы для пациентов и родителей.

Далее докладчик остановился на принципах фармакологической терапии, которые прописаны в документе ARIA 2008. При лечении АР и других сопутствующих заболеваний рекомендуется применение антигистаминных препаратов II поколения (внутрь, местно), топических антигистаминов (конъюнктивит, ринит) и топических кро-

монов, эффект которых считается незначительным, но в то же время высокобезопасным. Согласно рекомендациям, можно назначать антагонисты лейкотриеновых рецепторов (только при сезонном АР с 6 лет), ипратропиум интраназально при выраженной ринорее, деконгестанты (коротким курсом при назальной обструкции). Самым эффективным средством лечения аллергического ринита считаются интраназальные глюкокортикостероиды (ИНГКС).

Однако, сообщила Елена Петровна, в России существует стереотип не применять при полинозе эти препараты или назначать в минимальной дозировке, опасаясь развития побочных эффектов, зачастую считая оперативное вмешательство менее рискованным для пациента, чем применение ИНГКС.

Тем не менее в настоящий момент ИНГКС являются единственным эффективным методом лечения, способным замедлять рост полипов и удлинять периоды ремиссии при полипозном риносинусите. Эти препараты обладают выраженным и быстро проявляющимся противовоспалительным действием и влияют практически на все звенья патогенеза болезни. Кроме того, лечение ИНГКС перед операцией уменьшает размер полипов, снижает отек и кровоточивость тканей, позволяет выполнить вмешательство с минимальной травмой, сохраняя анатомические структуры и здоровую слизистую оболочку. У ИНГКС высокая местная активность, действие продолжается 24 часа при приеме 1 раз в сутки, при этом минимальная частота местных побочных эффектов и отсутствие системных (влияние на рост детей и гипоталамус–гипофизарно–надпочечниковую систему).

Среди ИНГКС проф. Е.П. Карпова особо отметила препарат Назонекс®, обладающий наилучшим профилем безопасности в группе ИНГКС. Он обладает минимальной биодоступностью, не влияет на гипоталамус–гипофизарно–надпочечниковую систему, не нарушает рост ребенка и не вызывает атрофию или метаплазию слизистой оболочки носа. Кроме того, Назонекс® имеет высокую

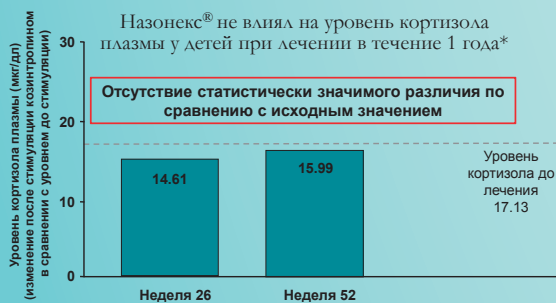
конечную вязкость, в результате чего может длительно удерживаться в слизистой оболочке полости носа и носоглотки, обеспечивая высокую концентрацию препарата в патологическом очаге. Терапия Назонексом в течение 12 месяцев не оказывает влияния на рост детей (рисунок 1). В исследовании, проведенном Schering Corporation, в течение года оценивался уровень кортизола плазмы с использованием теста стимуляции козипропином у детей 6–11 лет с круглогодичным ринитом. При лечении Назонексом не было отмечено признаков подавления функции гипоталамус–гипофизарно–надпочечниковой системы, что свидетельствует о высокой безопасности данного препарата у детей (рисунок 2). Данные другого исследования (Minshall и соавт.) показали, что длительное применение препарата не вызывает развитие атрофии слизистой. Также было отмечено, что Назонекс® эффективно и быстро уменьшает заложенность носа при сезонном аллергическом рините.

По данным исследования M. Berlucchi и соавт., у детей с аденоидными вегетациями произошло выраженное уменьшение размеров глоточной миндалины через 40 дней терапии Назонексом. При лечении препаратом у пациентов с АР глоточные миндалины сократились на 84% через 8 недель.

Все вышеперечисленные важные моменты делают Назонекс® незаменимым в практике детского отоларинголога, особенно в свете современных рекомендаций (ARIA 2008), ограничивающих применение ИНГКС с высокой биодоступностью (будесонида, беклометазона) у детей.

После этого проф. Е.П. Карпова

Рисунок 2. Изменение уровня кортизола плазмы у пациентов, получающих Назонекс® в дозе 100 мкг 1 раз в сутки



* Уровень кортизола плазмы оценивался с использованием теста стимуляции козипропином у детей 6–11 лет с круглогодичным ринитом; (n=166). Data on file, Schering Corporation, Kenilworth, NJ. Protocol No. C96-091.





**Сопредседатели симпозиума
член-корр. РАМН А.В. Караулов и проф. Ф. Эйгенманн**

затронула тему сосудосуживающих препаратов, применять которые следует крайне аккуратно, только по показаниям врача. Стоит учитывать, что топические деконгестанты вызывают побочные эффекты: сухость, раздражение слизистой оболочки носоглотки, жжение, чихание, гиперсекрецию, заложенность носа, сердцебиение, тахикардию, аритмию, повышение артериального давления, головную боль, возбуждение, тревогу, бессонницу, депрессию, рвоту и нарушение зрения. Длительное применение данных препаратов может приводить к развитию медикаментозного ринита, сообщила профессор.

Еще один важный момент – распространенные ошибки при лечении больных с АР, подчеркнула проф. Е.П. Карпова. При данном диагнозе категорически запрещается использовать «самодельные» капли. Если существует альтернатива, необходимо избежать хирургического лечения при АР, отите, аденоитомии. Не стоит тратить время, назначая пациенту консультации у разных специалистов, диагноз должен быть поставлен на ранней стадии заболевания. Необоснованное назначение антибактериальных препаратов, длительное назначение сосудосуживающих препаратов лишь усугубляют течение болезни. Иммунокоррекция и фитотерапия не являются эффективными методами лечения АР и других сопутствующих заболеваний. Не следует назначать АГ I поколения больным бронхиальной астмой.

Подводя итоги, проф. Е.П. Карпова добавила, что АР часто ассоциируется с риносинуситом и аденоидными вегетациями (гипертрофия, аденоидит). Наиболее эффективна комбинированная терапия ИНГКС + антигистаминный препарат – стартовая терапия при тяжелом и среднетяжелом АР (синдром назальной обструкции). Среди ИНГКС высокой местной эффективностью при АР, в том числе ассоциированным с аденоидными вегетациями, а также риносинуситом, обладает Назонекс®. Высокий уровень безопасности препарата обусловлен самой низкой системной биодоступностью в группе ИНГКС (< 0,01%). Кроме того, частота побочных эффектов сопоставима с плацебо. 

Материал подготовила В. Маркова

ЭРИУС®

Дезлоратадин

ТРОЙНАЯ ЗАЩИТА ОТ АЛЛЕРГИЧЕСКОГО РИНИТА И КРАПИВНИЦЫ*



*по данным онлайн-отчета IMS MIDAS® за 4 кв. 2008 г. по продажам антигистаминных препаратов в 45 странах Америки и Европы

*Хроническая идиопатическая крапивница

Краткая инструкция

Таблетки, покрытые оболочкой содержат 5 мг дезлоратадина. В 1 мл сиропа — 0,5 мг дезлоратадина. Неседативный антигистаминный препарат, блокатор H₁-гистаминовых рецепторов, ингибирует ИЛ 4, 6, 8, 13, RANTES, простагландин D₂, лейкотриен C₄ и др. провоспалительные медиаторы, обладает противоаллергическим, противовоспалительным, противозудным и противоэксудативным действием. Активный метаболит лоратадина. Начинает действовать через 30 мин., продолжительность действия составляет 24 часа. Период полувыведения составляет 27 часов. **Показания к применению:** сезонный и круглогодичный аллергический риниты, хроническая идиопатическая крапивница. **Противопоказания:** гиперчувствительность к компонентам препарата или лоратадину, беременность или лактация, детский возраст до 1 года. Для взрослых и детей от 1 года может применяться ЭРИУС® сироп. У детей от 1 года до 12 лет применяется только ЭРИУС® сироп. С осторожностью применять при тяжелой почечной недостаточности. **Дозы:** детям от 1 до 5 лет 1,25 мг/сут (2,5 мл сиропа), детям от 6 до 11 лет — 2,5 мг/сут (5 мл сиропа), взрослым и подросткам с 12 лет по 1 таблетке (5 мг) или 10 мл сиропа (5 мг) 1 раз в сутки не зависимо от приема пищи. **Побочное действие:** редко утомляемость, сухость во рту, головная боль; очень редко — тахикардия, сердцебиение, повышение активности ферментов печени, повышение концентрации билирубина, аллергические реакции. Частота возникновения сонливости не отличается от группы плацебо. **Взаимодействие:** клинически значимых взаимодействий не выявлено. Не усиливает действия алкоголя на ЦНС. В рекомендованной дозе не влияет на способность к вождению транспортных средств и управлению механизмами. Подробную информацию о препарате см. в инструкции по медицинскому применению.

 **Schering-Plough**

ООО «Шеринг-Плау». 119049, Россия, Москва, ул. Шаболовка, д. 10, стр. 2
Тел.: (495) 916-71-00. Факс: (495) 916-70-94