



# Аллергический ринит и сопутствующие заболевания: позиция оториноларинголога и сомнолога

Аллергический ринит (АР) представляет актуальную проблему современной медицины из-за высокой распространенности в популяции, значительного ухудшения качества жизни пациентов и зачастую снижения работоспособности и продуктивности. АР играет важную роль в патогенезе ряда заболеваний. Именно поэтому подходы к его диагностике и лечению носят междисциплинарный характер. В рамках VI Петербургского форума оториноларингологов России состоялся сателлитный симпозиум, посвященный вопросам эпидемиологии, патогенеза, диагностики и лечения АР и сопутствующих заболеваний. Ведущие отечественные эксперты в области оториноларингологии и сомнологии отметили, что вовремя назначенное лечение с применением современных лекарственных средств позволяет предотвратить нежелательные последствия и значительно улучшить качество жизни пациентов.



Профессор, д.м.н.  
С.В. Рязанцев

В начале своего выступления д.м.н., профессор, главный оториноларинголог Северо-Западного федерального округа Сергей Валентинович РЯЗАНЦЕВ обратил внимание аудитории на особенности северного лета, процитировав великого русского поэта Александра Сергеевича Пушкина:

*Но наше северное лето,  
Карикатура южных зим,  
Мелькнет и нет: известно это,  
Хоть мы признаться не хотим.*  
Между тем определенные «радости» лета доступны и северя-

## Северное лето, или Как помочь пациенту с респираторной аллергией в сезон пыления

нам. Речь идет об аллергическом рините.

В 1819 г. английский врач Джон Босток сделал официальное сообщение в Лондонском медико-хирургическом обществе о заболевании, которое назвал сенной лихорадкой. Он предположил, что развитие синдрома летней простуды связано с сеном. С тех пор представления о патогенезе АР претерпели существенные изменения.

В настоящее время поллиноз считается одним из самых распространенных аллергических заболеваний на планете.

В Санкт-Петербурге и его окрестностях начало поллиноза приходится на март, когда еще лежит снег. В конце марта начинается цветение ольхи, лещины, березы. Первый весенний пик пыльцевой аллергии (апрель – май) обусловлен цветением лещины, ольхи, дуба, березы, ивы, тополя, клена. Роль пыльцы сосны и ели, активное пыление которых на-

блюдается в июне, в развитии АР незначительна. Второй подъем концентрации пыльцы (июнь – август) связан с цветением злаков: ячменя, мятлика, пырея, ковыля, овсяницы, пшеницы, ежи, тимофеевки, ржи и др. Третий осенний пик поллиноза (август – сентябрь) связан с максимальной аллергенной активностью сорняков: лебеды, одуванчика, крапивы, полыни, подорожника, щавеля, лютика и др.

Для жителей Петербурга самым активным аллергеном, вызывающим АР, является березовая пыльца. Кроме того, обострению аллергических реакций способствует высокая концентрация тополиного пуха в воздухе во второй половине мая.

Аллергический ринит – широко распространенное заболевание, значительно влияющее на качество жизни. Социально-экономическое бремя АР усугубляется его ассоциацией с бронхиальной астмой, хроническим



## VI Петербургский форум оториноларингологов России

риносинуситом, средним отитом и др. По мнению экспертов Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), качество жизни больного АР намного ниже, чем у пациента с ишемической болезнью сердца.

По данным эпидемиологических исследований, аллергическими заболеваниями в США страдают свыше 40 млн человек. В Германии распространенность аллергии достигает 25%. В России аллергические заболевания наблюдаются у 13–35 млн человек. АР считается наиболее распространенным аллергическим заболеванием и одним из ведущих хронических заболеваний у пациентов в возрасте до 18 лет. Каждый третий взрослый, каждый четвертый ребенок в России страдает АР. При этом наблюдается тенденция к росту распространенности АР среди населения.

Загрязнение окружающей среды, малоподвижный образ жизни, появление новых аллергенов и стрессы утяжеляют симптомы аллергических реакций. У лиц, проживающих в промышленных странах, вероятность заболеть респираторными заболеваниями, спровоцированными промышленным загрязнением, значительно выше, чем у сельских жителей<sup>1</sup>.

На основании классификации ВОЗ 2001 г. выделяют интермиттирующий и персистирующий АР (в зависимости от частоты/длительности симптомов), а также легкий и среднетяжелый – тяжелый (в зависимости от выраженности клинических проявлений). Основные этиологические факторы АР: пыльца растений, аллергены клещей домашней пыли, эпидермальные аллергены животных, реже библиотечной пыли, плесневых грибов, насекомых, бытовая химия.

В настоящее время существует несколько классификаций АР, учитывающих причины, меха-

низмы развития и тяжесть течения заболевания. В зависимости от периодичности возникновения клинических симптомов выделяют сезонный, характеризующийся четкой сезонностью в соответствии с календарем пыления растений, и круглогодичный АР с наличием симптомов в любое время года. Лечение круглогодичного интермиттирующего (сезонного) АР имеет ряд особенностей, поскольку в этом случае основными аллергенами выступают пыльца растений, в меньшей степени аллергены плесневых грибов и насекомых.

Как известно, важнейшую роль в развитии и поддержании аллергической патологии играет гистамин. Этот биогенный амин накапливается в тучных клетках и базофилах в виде гранул и высвобождается из них под влиянием определенных факторов. Гистамин оказывает прямое воздействие на клеточные гистаминовые рецепторы, вызывая отек, заложенность и зуд в носу, а также не прямое рефлекторное воздействие, приводящее к развитию чихания.

Основные отличительные признаки АР – ежедневное проявление в течение часа и более минимум двух симптомов, таких как заложенность носа, зуд в полости носа, ринорея, чихание.

С развитием аллергической реакции прозрачные выделения из носа становятся более обильными, а слизистая оболочка полости носа более отечной. В тяжелых случаях, особенно в сезон цветения растений и распространения пыльцы, в патологический процесс вовлекаются слизистые оболочки глаз, евстахиевой трубы, среднего уха и придаточных пазух носа. Это вызывает раздражение конъюнктивы (зуд, слезотечение, покраснение), чувство заложенности в ушах, першение и дискомфорт в горле, головные боли

со стороны околоносовых пазух. Нередко имеют место недомогание, потеря аппетита, слабость и усталость. Кроме того, к симптомам АР относят постназальное затекание, наличие которого в ряде случаев затрудняет дифференциальную диагностику с хроническим фарингитом, острыми респираторными заболеваниями.

Симптомы АР схожи с симптомами острого ринита, поэтому при постановке диагноза необходимо учитывать дифференциальные признаки АР. Наличие специфических антител иммуноглобулина (Ig) E на аллергены (пылевые клещи, пыльца растений или шерсть животных), повышенный уровень общего IgE в сыворотке крови, положительный ответ на кожные тесты с аллергенами, посев биоматериала из полости носа на микрофлору и микроскопия с подтверждением эозинофилии служат обоснованием аллергической реакции. Особое значение в диагностике АР имеет аллергологический анамнез пациента с выявлением аллергических заболеваний у его родственников. Докладчик отметил, что в нашей стране существует проблема гиподиагностики АР. Практически у половины больных диагноз АР ставится в первые пять лет, у остальных – через 9–30 лет после появления симптомов заболевания. Причины – низкая обращаемость пациентов с минимальными симптомами, недостаточность специализированной помощи и схожая с острыми респираторными вирусными инфекциями симптоматика.

В настоящее время основными направлениями лечения АР являются элиминационная терапия, фармако- и иммунотерапия.

Базовый принцип лечения АР предусматривает элиминацию – устранение аллергена, что способствует значительному снижению лекарственной нагрузки

оториноларингология

<sup>1</sup> D'Amato G., Liccardi G., D'Amato M., Cazzola M. Outdoor air pollution, climatic changes and allergic bronchial asthma // Eur. Respir. J. 2002. Vol. 20. № 3. P. 763–776.



на пациента и риска побочных эффектов. Элиминация при поллинозе затруднена вследствие недостаточной эффективности средств барьерной терапии (поллинологические маски, интраназальные фильтры и др.). Поэтому в комплексном лечении АР широко применяют ирригационно-элиминационную терапию. Орошение полости носа солевыми растворами способствует элиминации причинно-значимого аллергена с поверхности слизистой оболочки.

Фармакотерапия при АР предусматривает использование антигистаминных препаратов (АГП) (блокаторов  $H_1$ -гистаминовых рецепторов), глюкокортикостероидов (ГКС), сосудосуживающих препаратов (деконгестантов), антихолинергических средств. Наиболее распространенными считаются АГП и топические ГКС (интраназальные глюкокортикостероиды (ИНГКС)).

В клинической практике при аллергических заболеваниях чаще применяют АГП. Так, ежегодно в России выписывается свыше 35 000 000 рецептов на противоаллергические средства и продается более миллиарда безрецептурных АГП. Пероральные АГП подразделяют на препараты первого и второго поколения. Практически все АГП первого поколения оказывают седативный эффект разной степени, что ограничивает их применение в клинической практике. Сегодня широко используются АГП второго поколения, лишенные недостатка своих предшественников и характеризующиеся благоприятным соотношением эффективности и безопасности.

ИНГКС мометазона фуруат (Назонекс) характеризуется противовоспалительным, противоотечным и противоаллергическим действием. Высокая местная активность мометазона фуруата (Назонекса) обусловлена способностью воздействовать на ключевые механизмы аллергического воспаления

Введение в клиническую практику ИНГКС коренным образом изменило подходы к лечению АР<sup>2</sup>. Клинический опыт применения ИНГКС показал их высокую эффективность в купировании симптомов АР, превосходящую таковую АГП второго поколения. Однако в России ИНГКС применяются в 100 раз реже, чем в развитых странах. Скорее всего это обусловлено традиционной для нашей страны стероидофобией, а также отсутствием мгновенного эффекта на фоне применения данных препаратов. ИНГКС требуют регулярного применения независимо от наличия симптомов АР.

В настоящее время на фармацевтическом рынке представлено несколько видов ИНГКС для терапии АР.

Группой специалистов из Германии был проведен метаанализ 84 исследований эффективности ИНГКС (будесонид, дексаметазон, беклометазона дипропионат, флутиказона фуруат, флутиказона пропионат, мометазона фуруат, триамцинолон) при АР. Максимальный терапевтический индекс получен для мометазона фуруата, что указывает на его высокую эффективность и низкий риск побочных эффектов<sup>3</sup>.

ИНГКС мометазона фуруат (Назонекс) характеризуется противовоспалительным, противоотечным и мембраностабилизирующим действием. При использовании препарата пациенты с АР отмечают быстрое наступление клинического эффекта. Высокая местная активность мометазона фуруата (Назонекса) обусловлена способностью воздействовать на ключевые механизмы аллергического воспаления.

Согласно данным метаанализа четырех рандомизированных двойных слепых плацебо-контролируемых исследований, на фоне терапии мометазона фуруата в форме назального спрея (Назонекс) достоверно уменьшились все симптомы сезонного АР<sup>4</sup>. В заключение профессор С.В. Рязанцев обратил внимание аудитории на эффективность препарата группы антагонистов лейкотриеновых рецепторов монтелукаста (Сингуляра) в купировании симптомов сезонного АР. Согласно данным литературы, монтелукаст эффективен в уменьшении дневных и ночных симптомов сезонного АР со второго дня терапии<sup>5</sup>. При этом комбинированное применение монтелукаста (Сингуляра) с ИНГКС позволяет

<sup>2</sup> Waddell A.N., Patel S.K., Toma A.G., Maw A.R. Intranasal steroid sprays in the treatment of rhinitis: is one better than another? // J. Laryngol. Otol. 2003. Vol. 117. № 11. P. 843–845.

<sup>3</sup> Schafer T., Schnoor M., Wagenmann M. et al. Therapeutic Index (TIX) for intranasal corticosteroids in the treatment of allergic rhinitis // Rhinology. 2011. Vol. 49. № 3. P. 272–280.

<sup>4</sup> Schenkel E., LaForce C., Gates D. Mometasone furoate nasal spray in seasonal allergic rhinitis // Allergy Clin. Immunol. Int. 2007. Vol. 19. P. 50–53.

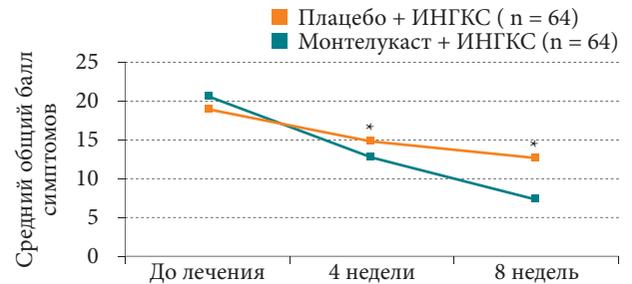
<sup>5</sup> Weinstein S.F., Philip G., Hampel F.C. et al. Onset of efficacy of montelukast in seasonal allergic rhinitis // Allergy Asthma Proc. 2005. Vol. 26. № 1. P. 41–46.



## VI Петербургский форум оториноларингологов России

быстрее и эффективнее купировать все симптомы АР по сравнению с монотерапией ИНГКС (рисунок). Такая комбинация в 2,5 раза эффективнее монотерапии ИНГКС в уменьшении дневных и ночных симптомов и в четыре раза – в купировании глазных симптомов АР. В отношении эффективности при АР Сингуляр сопоставим с АГП, но характеризуется меньшим риском развития побочных эффектов<sup>6</sup>.

Таким образом, при выборе методов терапии необходимо учитывать этиологию АР, степень его тяжести и характер течения, особенности пациента, в том числе наличие сопутствующих заболеваний. Назначение современных лекарственных средств с минимальным риском побочных эффектов способствует повышению контроля симптомов сезонного АР и приверженности пациентов лечению.



\* p = 0,01 между группами ИНГКС и ИНГКС + монтелукаст.

Улучшение контроля симптомов АР при применении комбинации Сингуляра и ИНГКС

### Аллергический ринит и аденоиды: всегда ли оправданна хирургия?

Заведующий оториноларингологическим отделением Национального научно-практического центра здоровья детей Минздрава России, профессор кафедры болезней уха, горла и носа Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М. Сеченова, д.м.н. Юрий Юрьевич РУСЕЦКИЙ отметил, что аденоиды, аденоидные вегетации – это гипертрофия глоточной миндалины с типичными клиническими проявлениями. Он напомнил, что и АР, и аденоиды обуславливают обструкцию верхних дыхательных путей. Аденоиды и АР часто сочетаются и характеризуются отеком носоглоточных миндалин и слизистой оболочки носа. Исходя из современных представлений АР – хроническое заболевание слизистой оболочки носа, в основе которого лежит воспалительная IgE-опосредованная реакция, вызванная воздействием различных аллергенов, и которое проявляется комплексом симптомов – ринореей, заложенностью носа, чиханием и зудом в носовой полости. Патогенез АР служит классическим примером IgE-опосредованной аллергической реакции первого типа<sup>7</sup>.

Успех лечения АР зависит прежде всего от правильного диагностического алгоритма. Диагностика включает комплекс клинических и лабораторных методов исследования. Диагноз АР устанавливают на основании данных аллергологического анамнеза, клинических симптомов и выявления причинно-значимых аллергенов. Пациентам проводят переднюю риноскопию и риноэндоскопию, лабораторные тесты, кожные аллергологические пробы, назальный провокационный тест. Методы компьютерной томографии полости носа и околоносовых пазух, исследования порогов обоняния, мукоцилиарного транспорта, риноманометрия, рентгенография имеют второстепенное значение в диагностике АР и применяются для исключения других заболеваний полости носа и околоносовых пазух.

Последние десятилетия подходы к лечению АР изменились. Так, в 1980-е гг. эффективным методом лечения ринитов считалась физиотерапия с применением ингаляций с суспензией гидрокортизона, новокаином, димедролом, аскорбиновой кислотой и др. Больным проводили элек-



Профессор, д.м.н.  
Ю.Ю. Русецкий

трофорез с димедролом, хлоридом кальция, сульфатом цинка, аминокaproновой кислотой, италом, суспензией гидрокортизона. Применяли методы ультразвуковой терапии, ультрафонофорез со спленином, витамином В<sub>1</sub>, гидрокортизоновой и преднизолоновой мазию и др. Сегодня, согласно рекомендациям ARIA (Allergic Rhinitis and its Impact on Asthma – Аллергический ринит и его влияние на бронхиальную астму) 2001, 2008, 2010 гг., общепринятым считается ступенчатый подход к терапии АР в зависимости от тяжести заболевания. При этом в первой линии терапии АР у детей предпочтение отдается пероральным и местным блокаторам H<sub>1</sub>-гистаминовых рецепторов второго поколения.

<sup>6</sup> Greiner A.N., Hellings P.W., Rotiroti G., Scadding G.K. Allergic rhinitis // Lancet. 2011. Vol. 378. № 9809. P. 2112–2122.

<sup>7</sup> Bousquet J., Khaltaev N., Cruz A.A. et al. Allergic Rhinitis and its Impact on Asthma (ARIA) 2008 update (in collaboration with the World Health Organization, GA(2)LEN and AllerGen) // Allergy. 2008. Vol. 63. Suppl. 86. P. 8–160.



При неэффективности терапии, среднетяжелом и тяжелом течении АР детям назначают ИНГКС с низкой биодоступностью. В отсутствие ответа на терапию показано применение комбинаций ИНГКС и АГП.

Современные ИНГКС влияют на несколько звеньев патогенеза АР, блокируют выброс медиаторов воспаления, уменьшают количество иммуноглобулинов, что приводит к облегчению и контролю симптомов АР.

Новая концепция лечения АР, основанная на контроле симптомов, закреплена в документе PRACTALL (Practical Allergology). Для достижения контроля предлагается четырехступенчатая терапия. Каждая ступень включает различные варианты фармакологической терапии в зависимости от выраженности симптомов АР.

При АР часто применяют деконгестанты – сосудосуживающие капли. Однако эти препараты способны вызывать медикаментозный ринит у детей. Поэтому пациентам данной возрастной группы их следует назначать с особой осторожностью.

Дети с атопией, то есть с предрасположенностью к аллергическим заболеваниям, чаще подвержены аденоидам. Нередко атопия рассматривается как одна из причин гипертрофии глоточной миндалины<sup>8</sup>.

Единство патогенетических механизмов ринита и аденоидов косвенно подтверждается лечебным эффектом при использовании одних и тех же лекарственных средств.

Аденоиды негативно влияют на детский организм: затруд-

няется носовое дыхание, изменяется газовый состав крови, снижаются уровни эритроцитов и гемоглобина, нарушаются функция почек и работа желудочно-кишечного тракта и т.д. Аденоиды являются основной причиной развития синдрома обструктивного апноэ сна (СОАС) у детей. Ранее в терапии аденоидов применяли в основном хирургические методы. Сегодня, благодаря появлению ИНГКС, удалось повысить эффективность консервативной терапии.

Профессор Ю.Ю. Русецкий привел результаты исследований, подтверждающие эффективность ИНГКС у пациентов с АР и аденоидами. В двухуровневом проспективном рандомизированном плацебоконтролируемом исследовании (2007 г.) в группе детей, принимавших ИНГКС, размер аденоидных вегетаций уменьшился. Отмечались положительное влияние препарата на назальные симптомы и хорошая переносимость при его длительном применении в качестве поддерживающей терапии<sup>9</sup>.

Кроме того, анализ отдаленных результатов применения ИНГКС у той же группы пациентов показал, что при отмене препарата повышается риск рецидива аде-

ноидов. Все дети с положительным результатом первичного исследования (n = 21) были повторно осмотрены через 28 месяцев. Шестеро из них перенесли аденотомию вследствие сохранения клинических проявлений аденоидов, трое – по поводу заболеваний уха, 12 пациентов продолжили медикаментозное лечение. Симптомы оценивались в пределах 0–2 баллов. Побочные эффекты спрея не зарегистрированы<sup>10</sup>.

T. Nsouli и соавт. изучали эффективность топических стероидов у детей с АР и аденоидами, хронической назальной обструкцией и храпом. На фоне применения ИНГКС в течение восьми недель средний размер аденоидов уменьшился на 84%, тяжесть храпа – на 80%<sup>11</sup>.

Таким образом, результаты исследований демонстрируют высокую эффективность ИНГКС в отношении АР и аденоидов, обусловленную активным подавлением воспаления.

Необходимо помнить, что длительное применение ряда ИНГКС может привести к сухости и раздражению слизистой оболочки полости носа, развитию атрофии, перфорации носовой перегородки. Поэтому при использовании данных препаратов необходимо постоян-

Дети с атопией, то есть с предрасположенностью к аллергическим заболеваниям, чаще подвержены аденоидам. Нередко атопия рассматривается как одна из причин гипертрофии глоточной миндалины

<sup>8</sup> Crisculi G., D'Amora S., Ripa G. et al. Frequency of surgery among children who have adenotonsillar hypertrophy and improve after treatment with nasal beclomethasone // Pediatrics. 2003. Vol. 111. № 3. P. e236–e238.

<sup>9</sup> Berlucchi M., Salsi D., Valetti L. et al. The role of mometasone furoate aqueous nasal spray in the treatment of adenoidal hypertrophy in the pediatric age group: preliminary results of a prospective, randomized study // Pediatrics. 2007. Vol. 119. № 6. P. e1392–e1397.

<sup>10</sup> Berlucchi M., Valetti L., Parrinello G., Nicolai P. Long-term follow-up of children undergoing topical intranasal steroid therapy for adenoidal hypertrophy // Int. J. Pediatr. Otorhinolaryngol. 2008. Vol. 72. № 8. P. 1171–1175.

<sup>11</sup> Nsouli T. ACAAI, 2007. Abstr. P248.



## VI Петербургский форум оториноларингологов России

но контролировать состояние слизистой оболочки. Профессор Ю.Ю. Русецкий привлек внимание аудитории к необходимости обсуждения с родителями пациентов, страдающих аденоидами, назначения ИНГКС, поскольку данное показание не зарегистрировано ни для одного кортикостероида.

Несмотря на эффективность консервативного лечения аденоидов, показания к оперативному вмешательству в ряде случаев сохраняются. В настоящее время золотым стандартом хирургического лечения аденоидов

признана эндоскопическая аденотомия. Современные эндоскопические методы с использованием визуального контроля позволяют уменьшить количество рецидивов.

Профессор Ю.Ю. Русецкий подчеркнул, что в случае неэффективности консервативного лечения опасаться оперативного вмешательства при наличии соответствующих показаний не стоит. За последние 20 лет проведено свыше 100 исследований, результаты которых подтвердили высокую эффективность аденотомии. В частности, уста-

новлено, что удаление аденоидов не усиливает и даже облегчает течение бронхиальной астмы<sup>12</sup>. N. Kohli и соавт., проанализировав 567 статей, сделали вывод, что аденотомия не ухудшает симптомов аллергии и не усиливает симптомов бронхиальной астмы<sup>13</sup>.

Подводя итог, профессор Ю.Ю. Русецкий еще раз подчеркнул, что у пациентов с АР и аденоидами оптимальным остается консервативное лечение с применением ИНГКС. При наличии показаний выполняется малоинвазивная аденотомия.

### Аллергический ринит и синдром обструктивного апноэ сна у взрослых и детей

В своем докладе президент Российского общества сомнологов, заслуженный врач РФ, руководитель Центра медицины сна санатория «Барвиха», д.м.н., профессор Роман Вячеславович БУЗУНОВ рассказал о лечении АР и СОАС. Он напомнил, что СОАС – состояние, характеризующееся наличием храпа и периодическим спадением дыхательных путей на уровне глотки и прекращением легочной вентиляции при сохраняющихся дыхательных усилиях, снижением уровня кислорода крови, грубой фрагментацией сна и избыточной дневной сонливостью.

СОАС распространен как в детской, так и во взрослой популяции. Распространенность СОАС у детей дошкольного и школьного возраста составляет 1–3%.

Наиболее часто СОАС отмечается у детей в возрасте 2–6 лет<sup>14</sup>. В Москве приблизительно 40 000 детей страдают СОАС.

Основными причинами формирования СОАС у детей являются ожирение, аденоиды, гипертрофия небных миндалин. Не последнюю роль играют частые инфекции верхних дыхательных путей и АР, который рассматривается как самостоятельный фактор риска СОАС. При АР часто развиваются хроническая носовая обструкция и аденоиды аллергического или воспалительного генеза. У детей, которые постоянно дышат ртом, впоследствии развивается вторичная гипертрофия небных миндалин. Длительно сохраняющееся ротовое дыхание приводит к формированию у ребенка вытянутого по вертикали лица со смещенной



Профессор, д.м.н.  
Р.В. Бузунов

назад маленькой нижней челюстью. Сформированные в детстве дефекты развития лицевого скелета служат факторами развития храпа и СОАС во взрослом возрасте<sup>15, 16</sup>.

Докладчик привел пример из клинической практики. Мальчик шести лет. По словам матери, при погружении в глубокий сон захлебывается, практически не дышит. С рождения

<sup>12</sup> Mattila P.S. Role of adenoidectomy in otitis media and respiratory function // Curr. Allergy Asthma Rep. 2010. Vol. 10. № 6. P. 419–424.

<sup>13</sup> Kohli N., DeCarlo D., Goldstein N.A., Silverman J. Asthma outcomes after adenotonsillectomy: a systematic review // Int. J. Pediatr. Otorhinolaryngol. 2016. Vol. 90. P. 107–112.

<sup>14</sup> Sohn H., Rosenfeld R.M. Evaluation of sleep-disordered breathing in children // Otolaryngol. Head Neck Surg. 2003. Vol. 128. № 3. P. 344–352.

<sup>15</sup> Modrzyński M., Zawisza E. An analysis of the incidence of adenoid hypertrophy in allergic children // Int. J. Pediatr. Otorhinolaryngol. 2007. Vol. 71. № 5. P. 713–719.

<sup>16</sup> Katz E.S., D'Ambrosio C.M. Pathophysiology of pediatric obstructive sleep apnea // Proc. Am. Thorac. Soc. 2008. Vol. 5. № 2. P. 253–262.



при кормлении издавал всхлипывающие звуки. В возрасте одного года был госпитализирован с диагнозом стеноза, аллергического и вазомоторного ринита, аденоидов первой степени. В три года – жалобы на частые всхлипывания и захлебывания во сне, аденоиды второй степени. С четырех до пяти лет был 12 раз госпитализирован с диагнозом стеноза. В шесть лет мальчику удалили аденоиды. Тем не менее значительного эффекта не наблюдалось. Длительные и частые остановки дыхания во сне продолжались.

При осмотре в детском сомнологическом центре Управления делами Президента РФ у ребенка выявлены гипертрофия небных миндалин третьей степени и умеренное ожирение. Проведена полисомнография в лаборатории сна. Частота апноэ/гипопноэ – 36,3 в час при норме до одного в час. Средняя длительность апноэ – 20,1 секунды, максимальная длительность апноэ – 60 секунд. Индекс десатураций (на 3% и более) – 19,1 в час. Диагноз: СОАС в тяжелой форме. После тонзиллэктомии родителям маленького пациента рекомендовано контролировать его массу тела. Клинически уже через несколько дней после операции храп значительно уменьшился, остановки дыхания практически исчезли. Через три месяца после хирургической операции жалобы на остановку дыхания во сне прекратились, сон нормализовался.

У пациентов с синдромом обструктивного апноэ сна и аллергическим ринитом препаратами выбора являются топические глюкокортикостероиды

По данным Европейского респираторного общества, среди детей с обструктивными расстройствами дыхания во сне отмечается увеличение частоты синдрома дефицита внимания и гиперактивности, когнитивного дефицита и академической неуспеваемости, поведенческих расстройств, таких как эмоциональная лабильность, тревожность, депрессивные симптомы<sup>17</sup>. Отсутствие радикального лечения детей с храпом и СОАС в возрасте от четырех до десяти лет чревато серьезными проблемами физического и психического развития, а также развитием хронизации болезни. В большинстве развитых стран наличие тяжелой степени СОАС служит абсолютным показанием к хирургическому лечению у детей при наличии аденонозиллярной гипертрофии. В международных стандартах аденонозиллэктомия выделена как метод лечения первой линии для большинства детей с СОАС<sup>18,19</sup>. По данным исследования, у детей с умеренной и тяжелой степенью СОАС исходно отмечались значительные нейрокогнитивные нарушения, включая синдром дефицита внимания с гиперактивностью и избыточную дневную сонливость. Через год после аденонозиллэктомии наблюдалась

положительная динамика всех параметров<sup>20</sup>.

У пациентов с СОАС и АР препаратами выбора являются топические ГКС, и у детей с гипертрофией аденоидов лечение топическим ГКС должно предшествовать принятию решения о хирургическом вмешательстве<sup>9</sup>.

На фоне применения ИНГКС у детей с аденонозиллярной гипертрофией отмечается улучшение параметров дыхания во сне. Проспективное наблюдение в течение девяти месяцев за пациентами после прекращения лечения показало отсутствие рикошетного усиления симптомов или возобновления роста аденоидов и миндалин<sup>21,22</sup>.

Таким образом, топические ГКС являются первой линией терапии АР у детей, ассоциированного с нарушениями дыхания во сне, обусловленными носовой обструкцией, увеличением миндалин, аденоидов и деформацией лица. Тактика лечения детей с аденонозиллярной гипертрофией, храпом и подозрением на СОАС предусматривает применение современных методов диагностики (полисомнография, пульсоксиметрия), при обнаружении тяжелой степени апноэ – проведение хирургического лечения,

<sup>17</sup> Kaditis A.G., Alonso Alvarez M.L., Boudewyns A. et al. Obstructive sleep disordered breathing in 2- to 18-year-old children: diagnosis and management // Eur. Respir. J. 2016. Vol. 47. № 1. P. 69–94.

<sup>18</sup> Baugh R.F., Archer S.M., Mitchell R.B. et al. Clinical practice guideline: tonsillectomy in children // Otolaryngol. Head Neck Surg. 2011. Vol. 144. Suppl. 1. P. 1–30.

<sup>19</sup> Clinical practice guideline: diagnosis and management of childhood obstructive sleep apnea syndrome // Pediatrics. 2002. Vol. 109. № 4. P. 704–712.

<sup>20</sup> Chervin R.D., Ruzicka D.L., Giordani B.J. et al. Sleep-disordered breathing, behavior, and cognition in children before and after adenotonsillectomy // Pediatrics. 2006. Vol. 117. № 4. P. e769–e778.

<sup>21</sup> Alexopoulos E., Kaditis A.G., Kalampouka E. et al. Nasal corticosteroids for children with snoring // Pediatr. Pulmonol. 2004. Vol. 38. № 2. P. 161–167.

<sup>22</sup> Kheirandish-Gozal L., Gozal D. Intranasal budesonide treatment for children with mild obstructive sleep apnea syndrome // Pediatrics. 2008. Vol. 122. № 1. P. e149–e155.



## VI Петербургский форум оториноларингологов России

при легкой и средней степени тяжести – консервативного лечения с длительным использованием ИНГКС и динамического наблюдения. Отсутствие ответа на консервативную терапию служит показанием к хирургическому лечению<sup>23</sup>.

Выбор оптимальной тактики лечения СОАС у взрослых пациентов зависит от причины и степени тяжести заболевания. Как известно, топические ГКС обладают противоаллергическим, противовоспалительным и противоотечным действием. Поэтому данный класс препаратов с успехом применяется в комплексном лечении различных заболеваний верхних дыхательных путей.

Профессор Р.В. Бузунов отметил, что при сочетании храпа, СОАС и АР у взрослых пациентов хороший эффект обеспечивают топические ИНГКС. Применение у пациентов с храпом ИНГКС в течение трех месяцев в стандартной для АР дозе приводит к существенному уменьшению количества жалоб на храп у партнеров и улучшение сна у самих пациентов<sup>24</sup>.

В двойном рандомизированном исследовании с участием 80 больных АР и среднетяжелым и тяжелым СОАС мометазона фуруат (Назонекс) уменьшал тяжесть проявлений СОАС. Мометазона фуруат обеспечивал достоверное по сравнению с АГП и плацебо снижение индекса апноэ/гипопноэ. Отмечались достоверное улучшение эффективности сна и уменьшение дневной сонливости в группах мометазона фуруата. При этом добавление АГП не влияло на эффективность терапии ИНГКС<sup>25</sup>.

Завершая выступление, профессор Р.В. Бузунов еще раз напомнил, что апноэ сна может

приводить к существенному нарушению психического и физического развития ребенка. Именно поэтому при отсутствии ответа на консервативное лечение, раз-

витии тяжелой степени СОАС, обусловленной аденотонзиллярной гипертрофией, необходимо применять методы хирургического лечения.

### Заключение

**С**овременная стратегия лечения АР базируется на понимании патогенетических особенностей развития аллергического воспаления. Для лечения пациентов с АР применяют несколько групп лекарственных средств. Наиболее востребованы топические ГКС. Они блокируют аллергическую реакцию, вызывая уменьшение количества тучных клеток и выделяемого ими гистамина, эозинофилов и секреции слизистой оболочки. Современным представителем названного класса является мометазона фуруат.

Дозированный назальный спрей Назонекс (MSD, США) содержит мометазона фуруат (микронизированный, в форме моногидрата) и показан для лечения сезонного и круглогодичного АР у взрослых, подростков и детей с двух лет, острого риносинусита или обострения хронического риносинусита у взрослых и подростков с 12 лет в качестве адъювантной терапии, острого риносинусита с легкими и умеренно выраженными симптомами без признаков тяжелой бактериальной инфекции у пациентов в возрасте 12 лет и старше в монотерапии, полипоза носа, а также для профилактики сезонного АР среднетяжелого и тяжелого течения у взрослых и подростков с 12 лет.

Высокая местная активность препарата обусловлена способностью воздействовать на ключевые

механизмы аллергического воспаления. Применение Назонекса сопровождается быстрым наступлением клинического эффекта у пациентов с АР, способствует снижению эозинофильной инфильтрации, сосудистой проницаемости и продукции провоспалительных медиаторов.

Препарат обладает высокой местной противовоспалительной активностью и низкой системной биодоступностью благодаря особенностям молекулы кортикостероида и высокой конечной вязкости спрея.

Согласно метаанализу 84 рандомизированных исследований с участием пациентов с АР и данным отчетов безопасности по отдельным ИНГКС, мометазона фуруат продемонстрировал наиболее высокое соотношение интегрированного показателя эффективности и безопасности по сравнению с другими молекулами кортикостероидов. Отличие мометазона фуруата от других ИНГКС также состоит в доказанной в клинических исследованиях эффективности и зарегистрированных в России показаниях при таких распространенных заболеваниях, как острый риносинусит и обострение хронического риносинусита.

При лечении среднетяжелого и тяжелого АР рационально комбинировать ИНГКС с антагонистами лейкотриеновых рецепторов, в частности монтелукастом. ☺

<sup>23</sup> Gozal D., Kheirandish-Gozal L. New approaches to the diagnosis of sleep-disordered breathing in children // Sleep Med. 2010. Vol. 11. № 7. P. 708–713.

<sup>24</sup> Hultcrantz E., Harder L., Harder H. et al. To treat snoring with nasal steroids – effects on more than one level? // Acta Otolaryngol. 2010. Vol. 130. № 1. P. 124–131.

<sup>25</sup> Acar M., Cingi C., Sakallioğlu O. et al. The effects of mometasone furoate and desloratadine in obstructive sleep apnea syndrome patients with allergic rhinitis // Am. J. Rhinol. Allergy. 2013. Vol. 27. № 4. P. e113–e116.

оториноларингология