

## Фармакоэпидемиологический мониторинг терапии аллергического ринита у детей

М.Л. Науменко ✉, И.Н. Шишиморов, О.В. Магницкая, Ю.В. Пономарева

Волгоградский государственный медицинский университет, Волгоград, Россия

**Аннотация.** В статье представлены результаты фармакоэпидемиологического мониторинга терапии аллергического ринита (АР) у детей. **Цель.** Выявление современных тенденций диагностики и терапии аллергического ринита у детей, сравнение результатов фармакоэпидемиологического исследования с данными, полученными в 2001 и 2009 гг. в Волгоградской области. **Материалы и методы.** Проведено двухэтапное ретроспективное исследование. На первом этапе проанализированы данные Территориального фонда обязательного медицинского страхования (ТФОМС) Волгоградской области о количестве первичных и повторных обращений в течение 2019–2020 гг. пациентов в возрасте до 17 лет включительно с диагнозом аллергический ринит (J30.1, J30.2, J30.3 J30.4). Проводилась оценка структуры обращаемости пациентов к специалистам разных профилей. На втором этапе фармакоэпидемиологического исследования проведено ретроспективное описательное исследование с использованием данных 280 амбулаторных карт пациентов, наблюдающихся у врачей аллергологов в 7 детских поликлиниках г. Волгограда в период с января по декабрь 2020 года, в возрасте от 1 года до 17 лет с диагнозом аллергический ринит (J30.1, J30.2, J30.3 J30.4). **Результаты.** По данным ТФОМС, среди детского населения Волгоградской области с первичными обращениями с диагнозом аллергический ринит зарегистрировано 2,2 % (в 2019 году) и 2,4 % (в 2020 году). Отмечалась низкая (менее 40 %) повторная обращаемость пациентов с аллергическим ринитом к специалистам амбулаторного звена в течение 2 лет. Среди лекарственных средств, рекомендованных для лечения аллергического ринита, наиболее часто назначались антигистаминные препараты (АГП) – 91,6 % пациентов (по сравнению с 56 % в 2009 году) и интраназальные глюкокортикостероиды (ИНГКС) – 86,6 % пациентов (по сравнению с 22 % в 2009 году). При этом рациональная продолжительность лечения отмечена у 52,1 % пациентов, рациональный выбор комбинированной терапии, соответствующий тяжести течения заболевания, – у 46,8 % пациентов. **Заключение.** В результате фармакоэпидемиологического мониторинга были установлены положительные тенденции в выборе препаратов для терапии аллергического ринита. Врачи стали чаще назначать АГП 2-го поколения и ИНГКС. При этом сохраняются проблемы фармакотерапии – отмечена тенденция к длительному назначению АГП 1-го поколения, краткосрочная терапия ИНГКС, редкое использование комбинированной терапии у пациентов со среднетяжелым и тяжелым течением АР.

**Ключевые слова:** фармакоэпидемиология, аллергический ринит, дети, фармакотерапия, антигистаминные препараты, интраназальные глюкокортикостероиды

ORIGINAL RESEARCHES

Original article

## Pharmacoepidemiological monitoring of allergic rhinitis therapy in children

M.L. Naumenko ✉, I.N. Shishimorov, O.V. Magnitskaya, Yu.V. Ponomareva

Волгоградский государственный медицинский университет, Волгоград, Россия

**Abstract.** The article presents the results of pharmacoepidemiological monitoring of allergic rhinitis (AR) therapy in children. **Aim:** Identification of current trends in the diagnosis and therapy of allergic rhinitis in children, comparison of the results of a pharmacoepidemiological study with data obtained in 2001 and 2009 in the Volgograd region. **Materials and methods:** A two-stage retrospective study was conducted. At the first stage, data from the Territorial Compulsory Medical Insurance Fund (hereinafter TCMIF) of the Volgograd region on the number of primary and repeated referrals during 2019–2020 of patients under the age of 17 years with a diagnosis of allergic rhinitis (J30.1, J30.2, J30.3 J30.4) were analyzed. The structure of patients' referral to specialists was assessed different profiles. At the second stage of the pharmacoepidemiological study, a retrospective descriptive study was conducted using data from 280 outpatient records of patients observed by allergists in 7 children's polyclinics in Volgograd in the period from January to December 2020, aged 1 to 17 years with a diagnosis of allergic rhinitis (J30.1, J30.2, J30.3 J30.4). **Results:** According to the TCMIF data, 2.2 % (in 2019) and 2.4% (in 2020) were registered among the children's population of the Volgograd region with primary complaints diagnosed with allergic rhinitis. There was a low (less than 40%) repeated referral of patients with allergic rhinitis to outpatient specialists for 2 years. Among the medicines recommended for the treatment of allergic rhinitis, antihistamines (AHD) were most often prescribed – 91.6 % of patients (compared with 56 % in 2009) and intranasal glucocorticosteroids (INGCS) – 86.6 % of patients (compared with 22% in 2009). At the same time, the rational duration of treatment was noted in 52.1 % of patients, and the rational choice of combination therapy corresponding to the severity of the disease was noted in 46.8% of patients. **Conclusion:** As a result of pharmacoepidemiological monitoring, positive trends in the selection of drugs for the treatment of allergic rhinitis were established. Doctors began to prescribe AHD of the 2nd

generation and INGCS more often. At the same time, problems of pharmacotherapy remain – there is a tendency towards long-term administration of AGP of the 1st generation, short-term therapy with INGCS, and the rare use of combination therapy in patients with moderate to severe AR.

**Keywords:** pharmacoepidemiology, allergic rhinitis, children, pharmacotherapy, antihistamines, intranasal glucocorticosteroids

## ВВЕДЕНИЕ

Аллергический ринит (АР) является широко распространенным заболеванием и представляет собой одну из наиболее актуальных проблем современной аллергологии. В разных странах мира аллергическим ринитом страдают в среднем 40 % населения, в России, по официальным данным, распространенность АР составляет 10–24 % населения, что возможно связано с несвоевременной диагностикой на фоне низкого уровня обращаемости пациентов с АР на ранних стадиях заболевания<sup>1</sup>. При этом рост аллергической заболеваемости в последнее время ежегодно наблюдается во всем мире. АР, хотя и является широко распространенной проблемой в педиатрии, недооценивается и часто воспринимается как обычная «простуда». В действительности же ринит отрицательно влияет на физическое, социальное и психологическое состояние пациентов и их семей [1].

Несмотря на то, что аллергические заболевания являются результатом взаимодействия индивидуальной генетической восприимчивости с факторами окружающей среды, в большей степени оценивается генетический вклад как причина развития данных заболеваний. Частота наследования при АР может варьировать от 33 до 91 %. Кроме того, факторы, связанные с развитием ребенка в утробе матери и послеродовыми условиями, могут способствовать увеличению распространенности аллергических заболеваний верхних дыхательных путей. Питание матери во время беременности, включая различные добавки (такие как железо, витамин D, фолиевая кислота и другие), может оказывать как положительное, так и отрицательное влияние на развитие атопических заболеваний у детей. Использование различных лекарственных препаратов во время беременности также может влиять на распространенность аллергических заболеваний [2].

Согласно проведенному исследованию [3] у 48,3 % детей в возрасте 12–15 месяцев был отмечен хотя бы один эпизод чихания, ринореи или затрудненного носового дыхания без наличия острого респираторного заболевания. Кроме того, четверть детей развивали повторяющиеся эпизоды свистящего дыхания, с увеличением их частоты при наличии симптомов АР. С особым вниманием нужно относиться к диагностике АР у детей раннего возраста, так как она имеет свои особенности. Так, при сборе анамнеза родители крайне редко отмечают регулярно повторяющееся чихание или целенаправленное

желание ребенка устранить зуд в области носа или глаз. Характерные жалобы, указывающие на наличие у пациента АР, – постоянная заложенность носа, нередко с динамикой в течение суток (в большей степени затрудненное дыхание приходится на ночное и утреннее время); храп и шумное дыхание во сне; прерывающийся прием пищи и беспокойство ребенка во время кормления; поверхностный длительный кашель, не приносящий облегчения. По данным А.Н. Greiner и др., наличия двух или более симптомов, таких как затрудненное носовое дыхание, ринорея, зуд и чихание более 1 часа за 2 дня, достаточно для постановки клинического диагноза АР [3]. Ринит у новорожденных и грудных детей требует особой осторожности и внимания, так как воспалительные изменения слизистой оболочки верхних дыхательных путей могут привести к нарушению нормальной механики дыхания и, следовательно, нарушению гемодинамики, в более старшем возрасте – к нарушению формирования лицевого скелета.

Чаще всего аллергический ринит начинается в возрасте от 1 до 3 лет из-за увеличения контакта ребенка с новыми аллергенами, такими как изменение диеты, начало посещения детских дошкольных учреждений и т. д. [4]. Пик заболеваемости аллергическим ринитом приходится на 4-летний возраст [1]. Начало аллергического ринита в возрасте до 6 лет отмечено у 70 % больных. Однако первое обращение к аллергологу у половины из числа этих детей случается только в возрасте 10–12 лет, то есть через 5–6 лет после начала заболевания [5]. Чаще аллергический ринит встречается у мальчиков [6]. АР у детей довольно часто представляет собой стадию «атопического марша» (возрастные аспекты дебюта клинических проявлений различных аллергических заболеваний и последовательность их манифестации, в первую очередь атопического дерматита, аллергического ринита, бронхиальной астмы). В современных публикациях часто указывается на «омоложение» стадий «атопического марша», в частности на все более раннюю регистрацию симптомов АР у детей. АР вызывает развитие других заболеваний дыхательных путей и уха, в частности, почти в  $\frac{1}{4}$  случаев приводит к развитию острого и хронического отита, у  $\frac{1}{3}$  больных возникает хронический риносинусит. По причине взаимосвязи АР и БА отмечаются нарушения бронхиальной проходимости у пациентов при введении причинно-значимого аллергена и медиаторов воспаления в полость носа [7]. Следовательно,

<sup>1</sup> Клинические рекомендации [Аллергический ринит]. Ред. совет: Н.Г. Астафьева, А.А. Баранов, Е.А. Вишнева и др. М., 2020. С. 9.

гиподиагностика аллергического ринита и отсутствие своевременного назначения необходимой терапии приводят к усилению тяжести клинического течения АР, значительному ухудшению качества жизни пациентов и возможному присоединению сопутствующих патологий.

Самым распространенным аллергическим заболеванием среди жителей Волгоградского региона, обратившихся к врачам, является аллергический ринит. В Волгоградской области наиболее часто встречающейся формой АР является сезонный АР, что связано с климатическими особенностями этого региона<sup>2</sup>.

Учитывая значимость аллергического ринита, высокую распространенность в стране и широкий спектр сенсibilизации в регионе, сотрудниками Волгоградского государственного медицинского университета проводились фармакоэпидемиологические исследования по вопросам диагностики и лечения аллергического ринита у детей в течение последних 20 лет [8]. В ходе выполненных исследований было выявлено несоответствие врачебной тактики ведения пациентов с АР международным и отечественным клиническим рекомендациям.

### ЦЕЛЬ РАБОТЫ

Выявление современных тенденций диагностики и терапии АР и проведение дальнейшего регионального фармакоэпидемиологического мониторинга.

### МЕТОДИКА ИССЛЕДОВАНИЯ

На первом этапе эпидемиологического исследования был осуществлен письменный запрос в Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Волгоградской области с целью получения данных о количестве первичных и повторных обращений пациентов педиатрического профиля с диагнозом аллергический ринит (J30.1, J30.2, J30.3 J30.4) за 2019–2020 гг. Полученные данные были проанализированы и проведена оценка обращаемости пациентов к специалистам разных профилей.

На втором этапе было проведено ретроспективное описательное фармакоэпидемиологическое исследование с использованием данных 280 амбулаторных карт пациентов, которые наблюдались в течение 2020 г. у врачей аллергологов в 7 детских поликлиниках г. Волгограда с диагнозом аллергический ринит (J30.1, J30.2, J30.3 J30.4). Дизайн исследования одобрен локальным этическим комитетом Волгоградского государственного медицинского университета. Доступ к амбулаторным картам получен по согласованию с главными врачами лечебных учреждений. Выбор амбулаторных карт проводился случайным обра-

зом. На каждого пациента заполнялась индивидуальная регистрационная карта. Параметры, которые в нее вносились, были выбраны в соответствии с критериями, оцениваемыми в фармакоэпидемиологическом исследовании, выполненного коллективом авторов Волгоградского государственного медицинского университета в 2009 году (Н.В. Малюжинская, И.Н. Шишиморов, А.В. Разваляева, А.В. Шаталин):

1. Возраст пациента на момент исследования.
2. Пол пациента.
3. Клинический диагноз, указанный врачом в амбулаторной карте.
4. Кратность обращений к врачу по поводу аллергического ринита в течение последнего года.
5. Сопутствующие аллергологические заболевания.
6. Возраст пациента при появлении первых симптомов аллергического ринита.
7. Возраст пациента при постановке диагноза «аллергический ринит».
8. Специальность врача, выставившего диагноз «аллергический ринит».
9. Сведения о повторных обращениях по поводу АР.
10. Назначенные лекарственные препараты для терапии аллергического ринита на момент последнего визита пациента (международное непатентованное название, торговое название, лекарственная форма, кратность назначения, длительность приема).

### РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

По данным Территориального фонда обязательного медицинского страхования Волгоградской области в течение 2019 года зарегистрировано 11777 случаев первичных обращений пациентов в возрасте от 1 до 17 лет с диагнозом аллергический ринит (J30.1, J30.2, J30.3 J30.4), что составляет 2,4 % детского населения Волгоградской области (490709 человек). Врачами аллергологами-иммунологами был впервые установлен диагноз аллергический ринит у 2,9 % (6228/11777) пациентов; реже этот диагноз выставляли оториноларингологи и педиатры: 27,8 % (3270/11777) и 19,3 % (2278/11777) случаев соответственно. Несмотря на то, что дети чаще обращаются к педиатрам, их участие в первичной диагностике аллергического ринита значительно меньше по сравнению с участием врачей аллергологов-иммунологов и оториноларингологов.

Среди пациентов данной возрастной группы было зарегистрировано 4533 повторных обращения с диагнозом аллергического ринита, что составляет 38,5 % от числа первичных обращений. Последующую диагностику и терапию АР проводили аллергологи-иммунологи в 86,2 % (3909/4533) случаев.

<sup>2</sup> <http://volgazdrav.ru/index.php/struktura-ministerstva/informatsiya-o-deyatelnosti/item/13679-problemyi-allergologii-obsudyat-v-volgograde-v-preddverii-sezona-tsveteniya.html>.

К оториноларингологам повторных обращений совершено 7,4 % (336/4533); 6,4 % (288/4533) – к педиатрам. Все направления на госпитализацию ( $n = 584$ ) были с целью проведения аллерген-специфической иммунотерапии по ускоренной схеме.

В 2020 году выявлено 10750 первичных обращений пациентов в возрасте от 1 до 17 лет, у которых установлен диагноз аллергический ринит, что составило 2,2 % детского населения Волгоградской области. Наиболее часто данный диагноз впервые был выставлен аллергологами-иммунологами – 46,9 % (5041/10750) случаев; реже оториноларингологами и педиатрами: 26,6 % (2857/10750) и 26,5 % (2850/10750) случаев соответственно.

Значительное снижение повторных обращений пациентов с АР к специалистам, 36,8 % от числа первичных обращений (3959/10750), наблюдалось и в 2019 году. При этом 83,6 % (3309/3959) повторных обращений были к аллергологам-иммунологам; 7 % (277/3959) – к оториноларингологам; 9,4 % (373/3959) – к педиатрам. Количество госпитализаций с целью получения курса аллерген-специфической иммунотерапии составило 543 случая (рис. 1) [9].

Массовая реклама, доступность препаратов для лечения АР на фармацевтическом рынке и безрецептурная продажа позволяют предположить, что пациенты после первичной постановки диагноза часто самостоятельно принимают решение о дальнейшей терапии АР.

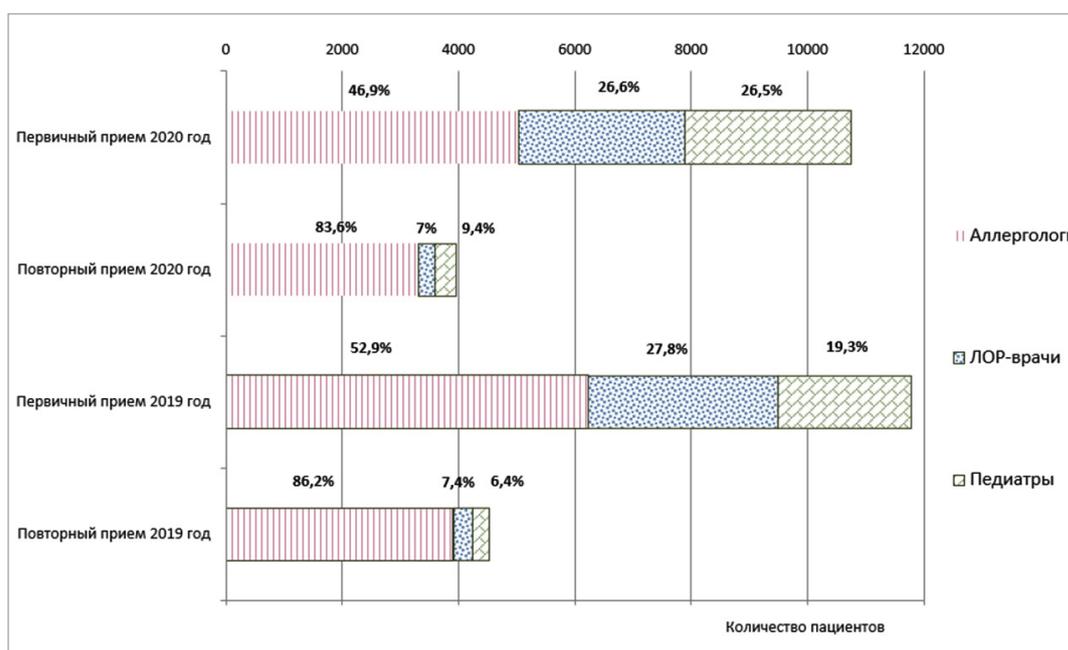


Рис. 1. Структура обращаемости пациентов с диагнозом аллергический ринит в 2019 и 2020 гг.

На втором этапе при выполнении фармакоэпидемиологического исследования терапии АР были получены следующие результаты. Информация о появлении первых симптомов аллергического ринита была указана только в 39,3 % (110/280) амбулаторных карт. При этом можно отметить увеличение частоты описания начальных симптомов врачами в сравнении с результатами, полученными в исследовании 2009 г., 24 % амбулаторных карт (80/330).

Средний возраст верификации диагноза у детей, включенных в исследование, составил  $(10 \pm 0,24)$  года.

Длительность периода до постановки диагноза АР в среднем составила 3,5 года в сравнении с продолжительностью 5,5 лет ранее в 2009 году.

В 7,3 % (20/280) амбулаторных карт информация о специалисте, выставившем впервые диагноз АР, отсутствовала. Преимущественно изначально диагноз АР выставлен пациентам врачами-аллергологами: в 56,4 %

(158/280) случаев. Реже в постановке диагноза принимали участие оториноларингологи и педиатры, 25,3 % (71/280) и 11 % (31/280) соответственно, что совпадает с официальными данными Территориального фонда обязательного медицинского страхования Волгоградской области при оценке структуры обращаемости пациентов с диагнозом аллергический ринит. Однако роль врача-педиатра в первичной диагностике АР у детей в течение 10 лет значительно возросла (рис. 2).

Современная классификация АР, в которой отражается длительность и тяжесть симптомов, была предложена международными сообществами и используется успешно в нашей стране уже многие годы [10]. В соответствии с этой классификацией (ARIA-2019), принято выделять интермиттирующий (симптомы сохраняются менее 4 дней в неделю или менее 4 недель в году) и персистирующий (симптомы сохраняются более 4 дней в неделю и более 4 недель в году) АР;

по стадии заболевания: период обострения и ремиссии [11]. По степени тяжести выделяют легкую (у пациента имеются слабовыраженные симптомы ринита, которые не нарушают дневную активность и сон), среднюю (симптомы ринита препятствуют работе, учебе, занятиям спортом, нарушают сон пациента) и тяжелую (симптомы значительно ухудшают качество жизни пациента, который в отсутствие терапии не может нор-

мально работать, учиться, заниматься спортом; значительно нарушается ночной сон) форму АР.

Проведенный анализ первичной медицинской документации показал, что только в 53,3 % (149/280) амбулаторных карт формулировка диагноза была с указанием характера течения и степени тяжести АР. Сезонность заболевания была указана в 22,8 % (64/280) амбулаторных карт (табл. 1).

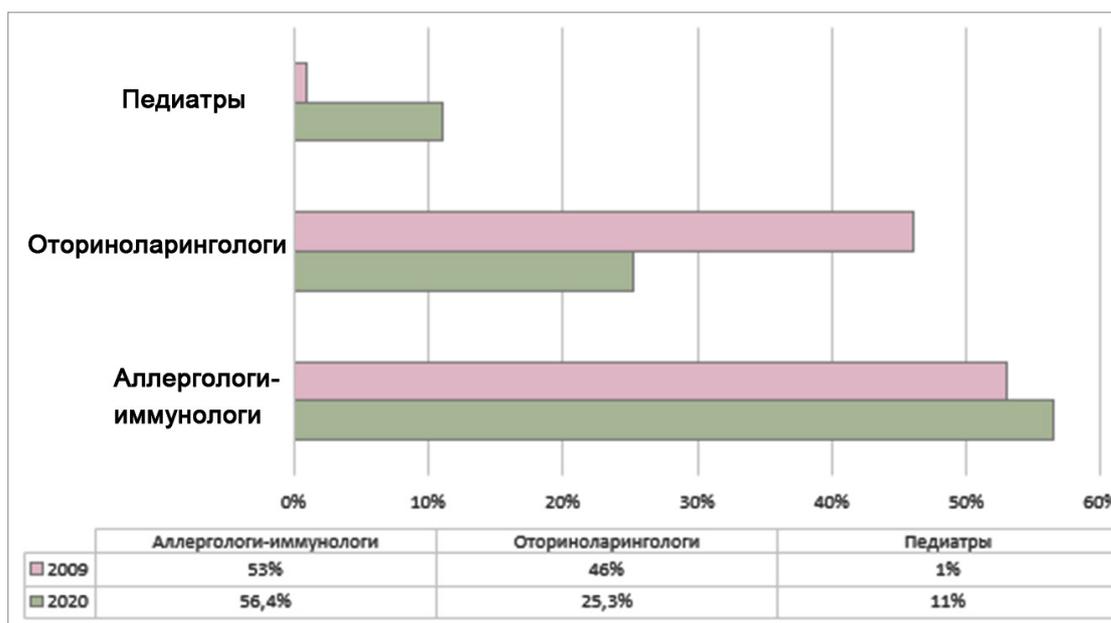


Рис. 2. Частота первичной верификации диагноза АР врачами разных специальностей

Таблица 1

**Частота использования различных характеристик при формулировании диагноза АР**

Период		Характер течения		Сезонность			Степень тяжести			Характер течения + степень тяжести
		интермиттирующий	персистирующий	сезонный	круглогодичный	круглогодичный с сезонными обострениями	легкая	средняя	тяжелая	
2009 год	% от общего числа амбулаторных карт	7	20	26	23	5	21	6	1	10
2020 год		18,2	43,9	17,5	4,6	0,7	28,9	33,6	12,5	53,3

Корректная формулировка диагноза является ключевым элементом тактики ведения пациентов с АР, поскольку она позволяет врачу своевременно выбрать необходимую ступень терапии для дальнейшего полного контроля симптомов аллергического ринита и предотвратить риск развития осложнений [11].

Сочетание АР с другими аллергологическими заболеваниями отмечалось в 68,3 % случаев: в 36,7 % – с бронхиальной астмой (БА), в 35 % – с atopическим

дерматитом; в 6,7 % – с острой крапивницей; в 3,3 % случаев в анамнезе у пациентов отмечалась лекарственная аллергия. Среди амбулаторных карт, где отмечался диагноз бронхиальная астма, в 45,5 % случаев диагноз АР был верифицирован только при обращении пациентов к врачу с целью терапии БА. Эти данные указывают на продолжающуюся проблему недостаточной диагностики АР, самолечении и несвоевременном обращении пациентов к специалистам

(табл. 2). В 65 % амбулаторных карт были выявлены эпизоды продолжительностью в несколько лет отсутствия наблюдения за пациентом в связи с неявкой в установленный врачом-аллергологом срок для своевременной коррекции назначенной терапии, что также подтверждает предположение о самолечении.

Анализ структуры назначения лекарственных средств для терапии АР у детей проведен с 10-летним интервалом в сравнении с результатами предыдущих фармакоэпидемиологических исследований, выполненных рабочей группой Волгоградского государственного медицинского университета в 2009 и 2001 гг. (рис. 3).

Таблица 2

**Коморбидность аллергического ринита с другими аллергическими заболеваниями и последовательность верификации сопутствующих аллергических диагнозов.**

Сопутствующая патология	Абсолютное число	%	Время верификации сопутствующего диагноза					
			до верификации АР, n	%	одновременно с АР, n	%	после верификации АР, n	%
Бронхиальная астма	103	36,7	19	18,4	45	45,6	38	36,9
Атопический дерматит	98	35	51	52	23	23,4	23	23,4
Лор-патология	19	6,7	14	30,9	0	42,9	5	26,1
Лекарственная аллергия	10	3,6	5	50	5	50	0	0

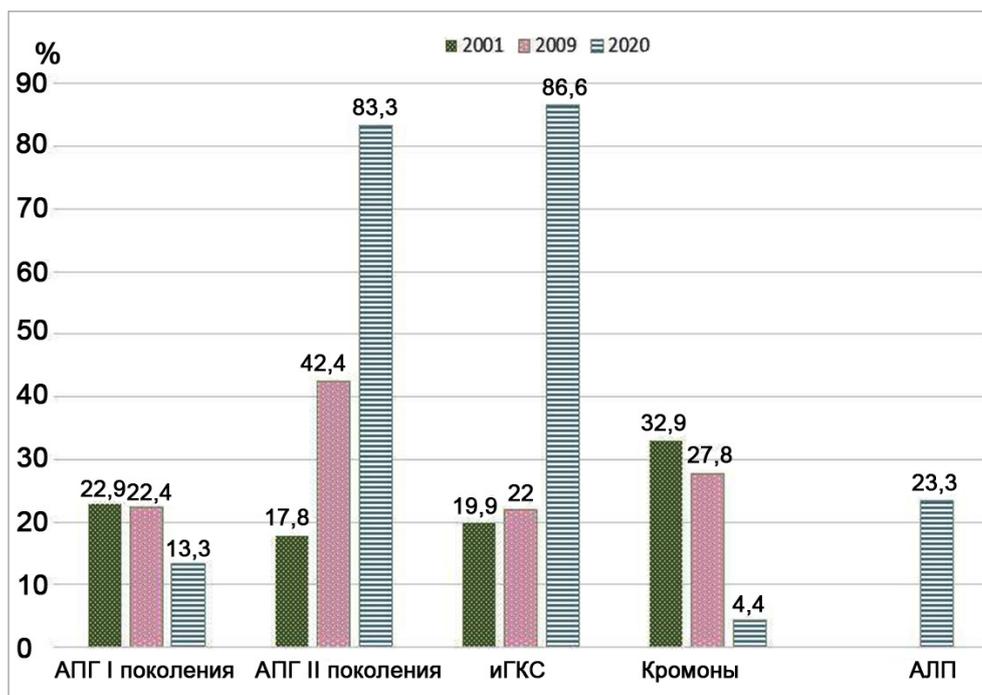


Рис. 3. Структура назначения лекарственных средств для терапии АР

Анализ амбулаторных карт показал, что наиболее часто назначаемыми препаратами для лечения АР являются антигистаминные препараты (АПГ). Они были назначены 91,6 % пациентов. Среди АПГ преимущественно назначались АПГ II поколения. Данная группа препаратов стала назначаться в 2 раза чаще – в 83,3 % случаев по сравнению с 42,4 % назначений в 2009 г. и в 4 раза чаще – по сравнению с 17,8 % назначений в 2001 г. Согласно данным клинических исследований [12, 13, 14, 15, 16] АПГ системного действия без седативного эффекта (последнего поколения) рекомен-

дуются всем пациентам с АР с целью уменьшения зуда в полости носа, чихания, ринореи, заложенности носа. Данные препараты имеют ряд преимуществ над АПГ I поколения: имеют селективное воздействие на H-рецепторы, обеспечивают быстрое наступление клинического эффекта и продолжительную эффективность в течение 24 часов и даже больше, не вызывают тахифилаксии (привыкание) и обладают высоким уровнем безопасности, не взаимодействуют с пищей и другими лекарственными препаратами, что упрощает их использование.

Наиболее часто из АГП II поколения по данным анализа амбулаторных карт назначались цетиризин (Зодак®, Санофи Россия, РФ; Цетрин®, Dr. Reddy's, LTD, Индия), дезлоратадин (Эриус®, Байер, Россия) и левоцетиризин (Ксизал®, UCB Farmchim, S.A., Швейцария; Супрастинекс®, EGIS Pharmaceuticals, PLC, Венгрия) – 26,5; 28,7 и 31,2 % (соответственно в 2020 г., 50; 16 и 8 % в 2009 г.) от всех назначений данной группы препаратов. биластин (Никсар®, Берлин-Хеми/А. Менарини, Россия) и рупатадин (Рупафин®, J.Ugiach & Cia, S.A., Испания) составляют только 6,3 % от всех назначений АГП II поколения (рис. 4).

Частота назначений АГП 1-го поколения снизилась по сравнению с предыдущими исследованиями (13,3; 22,4 и 22,9 % соответственно в 2020, 2009 и 2001 гг.). Однако врачи продолжают рекомендовать пациентам данную группу лекарственных средств, несмотря на доказанную большую эффективность и безопасность АГП 2-го поколения. Из АГП 1-го поколения были назначены хифенадин (Фенкарол®, АО «Олайнфарм», Латвия) и хлоропирамин (Супрастин®, EGIS Pharmaceuticals, PLC, Венгрия) длительно в течение 10 дней, что не соответствует данным действующих клинических рекомендаций по лечению АР.

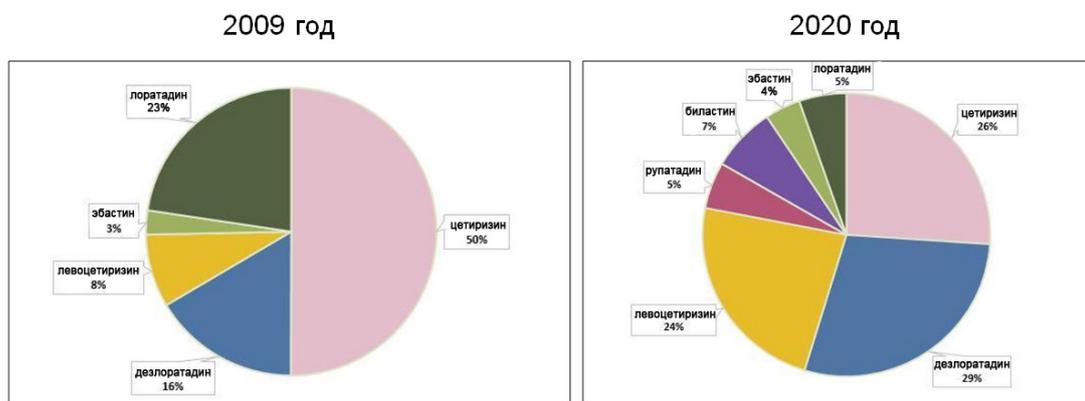


Рис. 4. Структура назначения АГП II поколения детям с АР

Вторыми по частоте назначений являются интраназальные глюкокортикостероиды (ИНГКС) – 86,6 % пациентов. В соответствии с современными клиническими рекомендациями ИНГКС являются препаратами выбора при среднетяжелом и тяжелом АР, так как превосходят по силе действия антигистаминные средства системного действия, эффективно уменьшают выраженность таких симптомов, как заложенность носа, зуд, чихание, ринорея за счет выраженного противовоспалительного, противовоспалительного и сосудосуживающего действия. Также отмечено положительное действие ИНГКС на глазные симптомы у пациентов с АР в сочетании с аллергическим конъюнктивитом [14,

17, 18, 19, 20]. Среди ИНГКС наиболее часто врачами рекомендовалось применение флутиказона пропионата (Фликсоназе®, GlaxoSmithKline, Италия; Назарел®, TEVA Czech Industries, Чешская Республика) и мометазона фууроата (Назонекс®, Schering-Plough Labo N.V., Бельгия; Мометазон Сандоз®, Sandoz, Словения) – 27,1 и 25,8 % соответственно от всех назначений данной группы препаратов (рис. 5).

Значительное увеличение частоты применения (в сравнении с 22 % пациентов в 2009 г. и 19,9 % пациентов в 2001 г.). ИНГКС возможно свидетельствует о более глубоком понимании специалистами их безопасности и высокой эффективности.

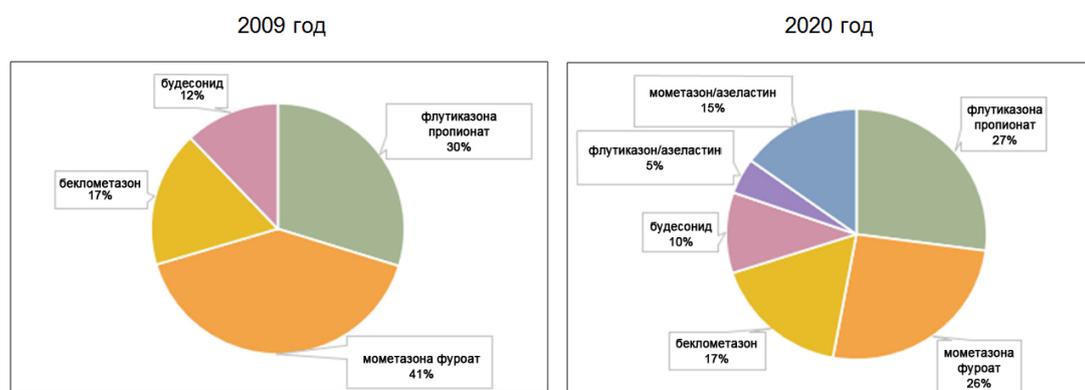


Рис. 5. Структура назначения врачами ИНГКС детям с АР

В предыдущих фармакоэпидемиологических исследованиях антилейкотриеновые препараты для лечения АР не назначались. Появление в 2020 году в клинических рекомендациях по лечению аллергического ринита доказательной базы по эффективному применению антилейкотриеновых препаратов у больных АР различной степени тяжести, а также в сочетании с БА, привело к активному использованию данных препаратов для лечения АР. По данным нашего фармакоэпидемиологического исследования 2020 года, антилейкотриеновые препараты были назначены 23,3 % пациентов в комбинации с другими лекарственными средствами.

В проведенных ранее фармакоэпидемиологических исследованиях не была получена информация о частоте назначения пациентам аллерген-специфической иммунотерапии (АСИТ). АСИТ является основным методом патогенетического лечения, связанным с IgE-опосредованным механизмом аллергического ринита и рекомендован всем пациентам с данным диагнозом в период ремиссии, в том числе медикаментозной [21, 22, 23, 24, 25], имеет доказанную эффективность у пациентов в случае точного выявления причинно-значимых аллергенов (после проведения АСИТ отмечаются уменьшение продолжительности обострения аллергического ринита, снижение потребности в препаратах для симптоматического и базисного применения), разрешен к применению у детей. Существование взаимосвязи аллергического ринита и бронхиальной астмы является важнейшим обоснованием для своевременного проведения рациональной АСИТ. Риск формирования бронхиальной астмы у пациентов с аллергическим ринитом существенно снижается при многолетнем проведении аллерген-специфической иммунотерапии. Несмотря на вышеперечисленное, только 9,3 % пациентов (26/280) были направлены на проведение курсов АСИТ причинно-значимыми аллергенами.

### ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Эпидемиологический и фармакоэпидемиологический мониторинг позволяет определить тенденции в принципах диагностики и терапии аллергического ринита, что способствует своевременному предотвращению действий врачей, отличающихся от алгоритмов, указанных в отечественных и международных согласительных документах.

В результате эпидемиологического исследования были установлены следующие проблемы диагностики аллергического ринита. Данные анамнеза аллергического ринита во многих амбулаторных картах указаны в недостаточном объеме. Более чем в половине анализируемых карт пациентов диагноз указывался врачами некорректно. Отмечается гиподиагностика аллергического ринита, а также длительный временной промежуток между появлением первых симптомов заболевания

и верификацией диагноза. Педиатрам следует обращать более пристальное внимание на симптомы пациентов и незамедлительно направлять к врачам-аллергологам для своевременной диагностики заболевания.

В результате фармакоэпидемиологического мониторинга (2001–2020 гг.) были установлены положительные тенденции в выборе препаратов для терапии аллергического ринита. С момента предыдущих фармакоэпидемиологических исследований, проведенных в Волгоградской области, изменились подходы к лечению аллергического ринита у детей. Врачи стали чаще назначать АГП 2-го поколения и ИНГКС, в назначениях появились антилейкотриеновые препараты.

При этом сохраняются проблемы фармакотерапии – отмечена тенденция к длительному назначению АГП 1-го поколения, краткосрочная терапия ИНГКС, редкое использование комбинированной терапии у пациентов со среднетяжелым и тяжелым течением аллергического ринита, недостаточное использование АСИТ.

Несмотря на многочисленные данные об опасности длительного применения антигистаминных препаратов 1-го поколения, специалисты продолжают их нерациональное назначение. Современные антигистаминные препараты с противовоспалительной активностью (рупатадин, биластин) назначаются врачами редко, несмотря на их доступность на фармацевтическом рынке РФ. Можно сделать предположение о том, что безрецептурная продажа антигистаминных препаратов позволяет пациентам принять решение о терапии аллергического ринита самостоятельно и не посещать специалистов регулярно для контроля над заболеванием.

Интраназальные ГКС стали применяться чаще, но короткими курсами из-за ложных опасений врачей и пациентов о развитии осложнений, связанных с их длительным назначением. Отмечается очень редкое назначение АСИТ, предположительно связанное с гиподиагностикой АР и отсутствием выявления причинно-значимых аллергенов для пациентов, а также ограниченными в проведении АСИТ возможностями лечебных учреждений в регионе.

Использование комбинированной терапии АР также остается на недостаточном уровне. Во многом это связано с отсутствием зарегистрированных комбинированных назальных спреев в Российской Федерации на момент проведения исследования. Только в январе 2023 года был зарегистрирован комбинированный препарат азеластин + мометазон. Появление более удобных для пациента комбинированных форм будет способствовать более широкому назначению комбинированной терапии врачами и повысит комплаентность пациентов к лечению АР.

Для повышения эффективности диагностики и лечения аллергического ринита целесообразно продолжить дальнейшее проведение фармакоэпидемиологического мониторинга в регионе.

## СПИСОК ИСТОЧНИКОВ

1. Roberts G., Xatzipsalti M., Borrego L.M. et al. Pediatric rhinitis: position paper of the European Academy of Allergy and Clinical Immunology. *Allergy*. 2013;68(9):1102–1116. doi: 10.1111/all.12235.
2. Mastrorilli C., Posa D., Cipriani F. et al. Asthma and allergic rhinitis in childhood: what's new. *Pediatr. The Journal of Allergy and Clinical Immunology*. 2016;27:795–803. doi: 10.1111/pai.12681.
3. Chong Neto H.J., Rosario C.S., Rosario B.A. et al. Allergic rhinitis in preschool children from southern Brazil. *Allergy*. 2014;69:545–547. doi: 10.1111/all.12372.
4. Нестерова А.В., Потатуркина-Нестерова Н.И., Нестеров А.С. Современное состояние проблемы аллергического ринита у детей. *Современные проблемы науки и образования*. 2015;5.
5. Свистушкин В.М., Никифорова Г.Н., Артамонова П.С., Шевчик Е.А. Современные возможности патогенетической терапии больных аллергическим ринитом. *Медицинский совет*. 2020;6:101–106. doi: 10.21518/2079-701X-2020-6-101-106.
6. Ильина Н.И., Курбачева О.М., Павлова К.С., Польнер С.А. Федеральные клинические рекомендации. Аллергический ринит. *Российский аллергологический журнал*. 2018;15(4):43–53.
7. Карпова Е.П., Тулупов Д.А. Местная терапия инфекционных осложнений аллергического ринита у больных. *Вестник оториноларингологии*. 2013;5:73–76.
8. Малюжинская Н.В., Шишиморов И.Н., Разваляева А.В., Шаталин А.В. Современные аспекты фармакоэпидемиологии аллергического ринита у детей. *Педиатрическая фармакология*. 2009;6:60–65.
9. Науменко М.Л., Магницкая О.В., Шишиморов И.Н., Пономарева Ю.В. Особенности фармакоэпидемиологии аллергического ринита у детей волгоградской области. *Российский вестник перинатологии и педиатрии*. 2021;4:188–189.
10. Ненашева Н.М. Лечение аллергического ринита с позиции новых международных руководств: роль топической комбинированной терапии. *Эффективная фармакотерапия. Аллергология и иммунология*. 2018;6:40–46.
11. Озерская И.В., Геппе Н.А., Малявина У.С. Особенности респираторного эпителия у детей с бронхиальной астмой и аллергическим ринитом. *Доктор.Ру*. 2018;(11):50–56. doi: 10.31550/1727-2378-2018-155-11-50-56.
12. Астафьева Н.Г., Баранов А.А., Вишнева Е.А. и др. Аллергический ринит. *Российский аллергологический журнал*. 2022;19(1):100–141. doi: <https://doi.org/10.36691/RJA1524>.
13. Старостина С.В., Толданов А.В. Значение современных антигистаминных препаратов в лечении пациентов с аллергическим ринитом. *Медицинский совет*. 2022;16(20):140–148. doi: 10.21518/2079-701X-2022-16-20-140-148.
14. Wise S.K., Lin S.Y., Toskala E. et al. International Consensus Statement on Allergy and Rhinology: Allergic Rhinitis. *International forum of allergy & rhinology*. 2018;8(2):108–352. doi: 10.1002/alar.22073.
15. Хаитов М.Р., Намазова-Баранова Л.С., Ильина Н.И. и др. ARIA 2019: алгоритмы оказания помощи при аллергическом рините в России. *Российский аллергологический журнал*. 2020;17(1):7–22. doi: 10.36691/RAJ.2020.17.1.001.
16. Okubo K., Suzuki T., Tanaka A., Aoki H. Efficacy and safety of rupatadine in Japanese patients with seasonal allergic rhinitis: a double-blind, randomized, multicenter, placebo-controlled clinical trial. *Allergy international*. 2019;68(2):207–215. doi: 10.1016/j.alit.2018.08.011.
17. Wu E.L., Harris W.C., Babcock C.M. et al. Epistaxis Risk Associated with Intranasal Corticosteroid Sprays: A Systematic Review and Meta-analysis. *Otolaryngology – Head and Neck Surgery*. 2019;161(1):18–27. doi: 10.1177/0194599819832277.
18. Павлова К.С., Мдинарадзе Д.С. Новые возможности в терапии аллергического ринита. *Медицинский совет*. 2021;(18):118–124. doi: 10.21518/2079-701X-2021-18-118-124.
19. May J.R., Dolen W.K. Evaluation of Intranasal Corticosteroid Sensory Attributes and Patient Preference for Fluticasone Furoate for the Treatment. *Clinical Therapeutics*. 2019;41(8):1589–1596. doi: 10.1016/j.clinthera.2019.05.017.
20. Бодня О.С., Ненашева Н.М. Место интраназальных глюкокортикостероидов в лечении аллергического ринита. *Практическая аллергология*. 2021;1: 78–82. doi: 10.46393/2712-9667\_2021\_1\_78-82.
21. Breiteneder H., Diamant Z., Eiwegger T. et al. Future research trends in understanding the mechanisms underlying allergic diseases for improved patient care. *Allergy*. 2019;74:2293–2311 doi: 10.1111/all.13851.
22. Жукова Н.В., Килесса В.В., Костюкова Е.А., Шкадова М.Г. Аллерген-специфическая иммунотерапия. *Крымский терапевтический журнал*. 2021;3:11–15.
23. Mösges R., Santiago V.A., Allekotte S. et al. Subcutaneous immunotherapy with depigmented-polymerized allergen extracts: a systematic review and meta-analysis. *Clinical and Translational Allergy*. 2019;9(29). doi: 10.1186/s13601-019-0268-5.
24. Li Y., Yu S.Y., Tang R. et al. Sublingual Immunotherapy Tablets Relieve Symptoms in Adults with Allergic Rhinitis: A Meta-analysis of Randomized Clinical Trials. *Chinese Medical Journal*. 2018;131(21):2583–2588. doi: 10.4103/0366-6999.244108.
25. Zielen S., Devillier P., Heinrich J. et al. Sublingual immunotherapy provides long-term relief in allergic rhinitis and reduces the risk of asthma: A retrospective, real-world database analysis. *Allergy*. 2018; 73(1):165–177. doi: 10.1111/all.13213.

## REFERENCES

1. Roberts G., Xatzipsalti M., Borrego L.M. et al. Pediatric rhinitis: position paper of the European Academy of Allergy and Clinical Immunology. *Allergy*. 2013;68(9):1102–1116. doi: 10.1111/all.12235.
2. Mastrorilli C., Posa D., Cipriani F. et al. Asthma and allergic rhinitis in childhood: what's new. *Pediatr. The Journal of Allergy and Clinical Immunology*. 2016;27:795–803. doi: 10.1111/pai.12681.

3. Chong Neto H.J., Rosario C.S., Rosario B.A. et al. Allergic rhinitis in preschool children from southern Brazil. *Allergy*. 2014;69:545–547. doi: 10.1111/all.12372.
4. Nesterova A.V., Potaturkina-Nesterova N.I., Nesterov A.S. The current state of the problem of allergic rhinitis in children. *Sovremennye problemy nauki i obrazovaniya = Modern problems of science and education*. 2015;5. (In Russ.).
5. Svistushkin V.M., Nikiforova G.N., Artamonova P.S., Shevchik E.A. Modern possibilities of pathogenetic therapy of patients with allergic rhinitis. *Meditsinskii sovet = Medical advice*. 2020;6:101–106. (In Russ.) doi: 10.21518/2079-701X-2020-6-101-106.
6. Ilyina N.I., Kurbacheva O.M., Pavlova K.S., Polner S.A. Allergic rhinitis. *Rossiiskii allergologicheskii zhurnal = Russian Journal of Allergy*. 2018;15(4):43–53. (In Russ.).
7. Karpova E.P., Tulupov D.A. Local therapy of infectious complications of allergic rhinitis in patients. *Vestnik otorinolaringologii = Russian Bulletin of Otorhinolaryngology*. 2013;5:73–76. (In Russ.).
8. Malyuzhinskaya N.V., Shishimorov I.N., Krasavyayeva A.V., Shatalin A.V. Modern aspects of the pharmacoepidemiology of allergic rhinitis in children. *Pediatricheskaya Farmakologiya = Pediatric Pharmacology*. 2009;6:60–65. (In Russ.).
9. Naumenko M.L., Magnitskaya O.V., Shishimorov I.N., Ponomareva Yu.V. Features of pharmacoepidemiology of allergic rhinitis in children of the Volgograd region. *Rossiyskiy Vestnik Perinatologii i Pediatrii = Russian Bulletin of perinatology and pediatric*. 2021;4:188–189. (In Russ.).
10. Nenasheva N.M. Treatment of allergic rhinitis from the perspective of new international guidelines: the role of local/intranasal combination therapy. *Effektivnaya farmakoterapiya. Allergologiya i immunologiya = Effective pharmacotherapy. Allergy and Immunology*. 2018;6:40–46. (In Russ.).
11. Ozerskaya I.V., Geppe NA, Malyavina U.S. Features of respiratory epithelium in children with bronchial asthma and allergic rhinitis. *Doctor.Ru*. 2018;(11):50–56. (In Russ.) doi: 10.31550/1727-2378-2018-155-11-50-56.
12. Astafieva N.G., Baranov A.A., Vishneva E.A. et al. Allergic rhinitis. *Rossiiskii allergologicheskii zhurnal = Russian Journal of Allergy*. 2022;19(1):100–141. (In Russ.) doi: <https://doi.org/10.36691/RJA1524>.
13. Starostina S.V., Toldanov A.V. Significance of modern antihistamines in the treatment of patients with allergic rhinitis. *Meditsinskii sovet = Medical advice*. 2022;16(20):140–148. (In Russ.) doi: 10.21518/2079-701X-2022-16-20-140-1488.
14. Wise S.K., Lin S.Y., Toskala E. et al. International Consensus Statement on Allergy and Rhinology: Allergic Rhinitis. *International forum of allergy & rhinology*. 2018;8(2):108–352. doi: 10.1002/alf.22073.
15. Khaitov M., Namazova-Baranova L., Ilyina N. et al. 2019 ARIA: care pathways for allergic rhinitis in Russia. *Rossiiskii allergologicheskii zhurnal = Russian Journal of Allergy*. 2020; 17(1):7–22. (In Russ.) doi: 10.36691/RAJ.2020.17.1.001.
16. Okubo K., Suzuki T., Tanaka A., Aoki H. Efficacy and safety of rupatadine in Japanese patients with seasonal allergic rhinitis: a double-blind, randomized, multicenter, placebo-controlled clinical trial. *Allergology international*. 2019;68(2):207–215. doi: 10.1016/j.alit.2018.08.011.
17. Wu E.L., Harris W.C., Babcock C.M. et al. Epistaxis Risk Associated with Intranasal Corticosteroid Sprays: A Systematic Review and Meta-analysis. *Otolaryngology – Head and Neck Surgery*. 2019;161(1):18–27. doi: 10.1177/0194599819832277.
18. Pavlova K.S., Mdinardze D.S. New possibilities in the therapy of allergic rhinitis. *Meditsinskii sovet = Medical advice*. 2021;(18):118–124. (In Russ.) doi: 10.21518/2079-701X-2021-18-118-124.
19. May J.R., Dolen W.K. Evaluation of Intranasal Corticosteroid Sensory Attributes and Patient Preference for Fluticasone Furoate for the Treatment. *Clinical Therapeutics*. 2019;41(8):1589–1596. doi: 10.1016/j.clinthera.2019.05.017.
20. Bodnya OS, Nenasheva NM Place of intranasal glucocorticosteroids in the treatment of allergic rhinitis. *Prakticheskaya allergologiya = Practical allergology*. 2021;1: 78–82. (In Russ.) doi: 10.46393/2712-9667\_2021\_1\_78-82.
21. Breiteneder H., Diamant Z., Eiwegger T. et al. Future research trends in understanding the mechanisms underlying allergic diseases for improved patient care. *Allergy*. 2019;74:2293–2311 doi: 10.1111/all.13851.
22. Zhukova N.V., Kilessa V.V., Kostyukova E.A., Shkadova M.G. Allergen-specific immunotherapy. *Krymskii terapevicheskii zhurnal = Crimean Journal of Internal Diseases*. 2021; 3:11–15. (In Russ.).
23. Mösges R., Santiago V.A., Allekotte S. et al. Subcutaneous immunotherapy with depigmented-polymerized allergen extracts: a systematic review and meta-analysis. *Clinical and Translational Allergy*. 2019;9(29). doi: 10.1186/s13601-019-0268-5.
24. Li Y., Yu S.Y., Tang R. et al. Sublingual Immunotherapy Tablets Relieve Symptoms in Adults with Allergic Rhinitis: A Meta-analysis of Randomized Clinical Trials. *Chinese Medical Journal*. 2018;131(21):2583–2588. doi: 10.4103/0366-6999.244108.
25. Zielen S., Devillier P., Heinrich J. et al. Sublingual immunotherapy provides long-term relief in allergic rhinitis and reduces the risk of asthma: A retrospective, real-world database analysis. *Allergy*. 2018; 73(1):165–177. doi: 10.1111/all.13213.

**Конфликт интересов.** Авторы декларируют отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией настоящей статьи.

#### Информация об авторах

Маргарита Леонидовна Науменко – ассистент кафедры педиатрии и неонатологии, Институт непрерывного медицинского и фармацевтического образования, Волгоградский государственный медицинский университет, Волгоград, Россия; [naumargret@yandex.ru](mailto:naumargret@yandex.ru), <https://orcid.org/0009-0009-2703-8619>

*Иван Николаевич Шишиморов* – доктор медицинских наук, доцент, заведующий кафедрой педиатрии и неонатологии, Институт непрерывного медицинского и фармацевтического образования, Волгоградский государственный медицинский университет, Волгоград, Россия; drshishimorov@gmail.com, <https://orcid.org/0000-0001-6098-7028>

*Ольга Валерьевна Магницкая* – доктор медицинских наук, доцент, профессор кафедры педиатрии и неонатологии, Институт непрерывного медицинского и фармацевтического образования, Волгоградский государственный медицинский университет, Волгоград, Россия; magol1704@gmail.com, <https://orcid.org/0000-0001-6670-9029>

*Юлия Владимировна Пономарева* – кандидат медицинских наук, доцент кафедры педиатрии и неонатологии, Институт непрерывного медицинского и фармацевтического образования, Волгоградский государственный медицинский университет, Волгоград, Россия; ju.ponomareva@gmail.com, <https://orcid.org/0000-0002-8348-2329>

Статья поступила в редакцию 28.11.2023; одобрена после рецензирования 26.01.2024; принята к публикации 15.02.2024.

**Competing interests.** The authors declare that they have no competing interests.

**Information about the authors**

*Margarita L. Naumenko* – Assistant of the Department of Pediatrics and Neonatology, Institute of Continuing Medical and Pharmaceutical Education, Volgograd State Medical University, Volgograd, Russia; [naumargret@yandex.ru](mailto:naumargret@yandex.ru), <https://orcid.org/0009-0009-2703-8619>

*Ivan N. Shishimorov* – MD, Associate Professor, Head of the Department of Pediatrics and Neonatology, Institute of Continuing Medical and Pharmaceutical Education, Volgograd State Medical University, Volgograd, Russia; drshishimorov@gmail.com, <https://orcid.org/0000-0001-6098-7028>

*Olga V. Magnitskaya* – MD, Associate Professor, Professor of the Department of Pediatrics and Neonatology, Institute of Continuing Medical and Pharmaceutical Education, Volgograd State Medical University, Volgograd, Russia; magol1704@gmail.com, <https://orcid.org/0000-0001-6670-9029>

*Yulia V. Ponomareva* – Candidate of Medical Sciences, Associate Professor of the Department of Pediatrics and Neonatology, Institute of Continuing Medical and Pharmaceutical Education, Volgograd State Medical University, Volgograd, Russia; ju.ponomareva@gmail.com, <https://orcid.org/0000-0002-8348-2329>

The article was submitted 28.11.2023; approved after reviewing 26.01.2024; accepted for publication 15.02.2024.