Ведение детей с аллергическим ринитом в практике участкового педиатра

И.В. Колтунцева✉, <https://orcid.org/0000-0002-4327-1260>, koltunceva@yandex.ru

И.М. Гайдук, <https://orcid.org/0000-0003-3633-4662>, sheveluk@inbox.ru

Л.В. Сахно, <https://orcid.org/0000-0002-6818-6695>, lvs_doc@mail.ru

С.В. Баирова, <https://orcid.org/0000-0001-5125-1094>, svabar@mail.ru

Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет; 194100 Россия, Санкт-Петербург, ул. Литовская, д. 2

Резюме

В связи с увеличением веса аллергических заболеваний в общей патологии детского возраста диагностика и лечение аллергического ринита у детей и ведение этих пациентов на амбулаторном этапе не потеряли своей актуальности. Период дошкольного и школьного возраста характеризуется высокой частотой острых респираторных заболеваний верхних дыхательных путей, особенно острого ринита, ринофарингита, риносинусита. Это ежедневно ставит перед участковым педиатром задачи дифференциальной диагностики аллергического ринита и острого ринита с затяжным течением. Аллергический ринит чаще всего не требует госпитализации и при своевременной диагностике не приводит к тяжелым последствиям. Известно, что дети, склонные к аллергии, болеют острыми респираторными вирусными инфекциями чаще и тяжелее сверстников. Комплексный подход к диагностике и лечению таких детей с участием аллерголога, оториноларинголога, под постоянным наблюдением участкового педиатра, рациональное применение медикаментозной терапии позволяют снизить продолжительность заболевания, повысить качество жизни пациента.

В статье приводятся обобщенные принципы ведения больных с аллергическим ринитом с точки зрения отечественных и мировых рекомендаций, подробно излагаются правила быта для детей с аллергическим ринитом, подчеркнута роль участкового педиатра в обучении родителей по обеспечению гипоаллергенного окружения ребенка.

Авторами представлен клинический пример эффективного применения комбинированного деконгестанта и антигистаминного препарата для лечения острых респираторных вирусных инфекций у ребенка с аллергическим ринитом.

Ключевые слова: аллергический ринит, лечение, дети, топические деконгестанты, фенилэфрин, диметинден

Для цитирования: Колтунцева И.В., Гайдук И.М., Сахно Л.В., Баирова С.В. Ведение детей с аллергическим ринитом в практике участкового педиатра. *Медицинский совет*. 2021;(17):212–219. <https://doi.org/10.21518/2079-701X-2021-17-212-219>.

Конфликт интересов: авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Management of children with allergic rhinitis in the practice of a local pediatrician

Inna V. Koltuntseva✉, <https://orcid.org/0000-0002-4327-1260>, koltunceva@yandex.ru

Irina M. Gaiduk, <https://orcid.org/0000-0003-3633-4662>, sheveluk@inbox.ru

Larisa V. Sakhno, <https://orcid.org/0000-0002-6818-6695>, lvs_doc@mail.ru

Svetlana V. Bairova, <https://orcid.org/0000-0001-5125-1094>, svabar@mail.ru

St Petersburg State Pediatric Medical University; 2, Litovskaya St., St Petersburg, 194100, Russia

Abstract

Due to the increase in the weight of allergic diseases in the general pathology of childhood, the diagnosis and treatment of allergic rhinitis in children and the management of these patients at the outpatient stage have not lost their relevance. The period of preschool and school age is characterized by a high frequency of acute respiratory diseases of the upper respiratory tract, especially acute rhinitis, rhinopharyngitis, rhinosinusitis. This daily poses to the district pediatrician the tasks of differential diagnosis of allergic rhinitis and acute rhinitis with a prolonged course. Allergic rhinitis most often does not require hospitalization and, with timely diagnosis, does not lead to serious consequences. It is known that children who are prone to allergies suffer from acute respiratory viral infections more often and more severely than their peers. An integrated approach to the diagnosis and treatment of such children with the participation of an allergist, an otorhinolaryngologist, under the constant supervision of a district pediatrician, the rational use of drug therapy can reduce the duration of the disease, improve the quality of life of the patient. The article presents generalized principles of management of patients with allergic rhinitis from the point of view of domestic and international recommendations, describes in detail the rules of life for children with allergic rhinitis, emphasizes the role of the district pediatrician in teaching parents to ensure a hypoallergenic environment of the child.

The authors present a clinical example of the effective use of a combined decongestant and an antihistamine for the treatment of acute respiratory viral infections in a child with allergic rhinitis.

Keywords: allergic rhinitis, treatment, children, topical decongestants, phenylephrine, dimetindene

For citation: Koltuntseva I.V., Gaiduk I.M., Sakhno L.V., Bairova S.V. Management of children with allergic rhinitis in the practice of a local pediatrician. *Meditsinskiy sovet = Medical Council*. 2021;(17):212–219. (In Russ.) <https://doi.org/10.21518/2079-701X-2021-17-212-219>.

Conflict of interest: the authors declare no conflict of interest.

ВВЕДЕНИЕ

Аллергический ринит (АР) – хроническое воспаление слизистой оболочки носа, обусловленное аэроаллергенами. Как правило, дебютирует в детском возрасте, нередко является этапом атопического марша и рассматривается как один из факторов, способствующих развитию бронхиальной астмы.

Диагностика АР на этапе оказания первичной медицинской помощи врачом-педиатром участковым должна проводиться по клиническим симптомам (заложенность носа, слизистые выделения из носа, чихание, зуд в области носа, которые проявляются ежедневно в течение минимум 1 ч) с учетом наследственности и аллергоанамнеза [1, 2]. Несмотря на то что в стандарте оказания помощи таким пациентам показана консультация аллерголога¹, и штатное расписание поликлиники предусматривает его наличие (1 ставка на 20 000 детского населения²), в амбулаторном звене часто возникает проблема специализированной помощи в связи с нехваткой кадров, поэтому нередко ведение детей с АР является обязанностью участкового педиатра. Федеральные клинические рекомендации (ФКР)³ и наличие профессиональной компетенции⁴ позволяют врачу первичного звена ставить диагноз «АР» и самостоятельно начинать лечение. Безусловно, консультация аллерголога необходима для уточнения диагноза доказательными лабораторными методами и специфическими аллергопробами, но необходимо учитывать, что наблюдение в динамике (диспансеризация) этой патологии осуществляется также педиатром совместно с аллергологом. Лечение предусматривает элиминационную терапию (механическое удаление аллергенов со слизистой ВДП при помощи ирригационных растворов) и в зависимости от тяжести течения – применение препаратов по ступеням: антигистаминных, блокаторов лейкотриеновых каналов и глюкокортикостероидов назального применения, а также симптоматическую терапию деконгестантами. Кроме того, санитарно-просветительная работа по поводу гипоаллергенного быта с законными представителями ребенка, обучение технике управляемого самоведения пациента, коррекция индивидуальной программы реабилитации осуществляется в первую оче-

редь доверенным педиатром, и только при тяжелом течении и рефрактерному к стандартной терапии требуется обязательная консультация аллерголога. В последнее время появилось много сайтов-помощников для больных аллергическими заболеваниями с доказательной научной информацией, которые облегчают задачу врача, значительно экономят время на приеме.

ПАТОГЕНЕЗ АЛЛЕРГИЧЕСКОГО РИНИТА

Аллергены, попадающие в организм, фрагментируются до упрощенных пептидов и через комплекс гистосовместимости они передаются Th2-клеткам, которые продуцируют ряд цитокинов, экспрессируют на своей поверхности лиганд для CD40, что обеспечивает сигнал для В-клетки к индукции синтеза IgE. Далее аллергенспецифический IgE фиксируется на специализированных рецепторах FcεRI и на низкоаффинных FcεRII. При повторном поступлении аллерген связывается IgE-антителами, что вызывает цепь биохимических превращений мембранных липидов (патохимическую фазу), происходит секреция медиаторов (гистамина, простагландина D2, сульфидопептидных лейкотриенов C4, D4, E4, фактора активации тромбоцитов, активации плазменных кининов), которые в конечном итоге и обуславливают клинические проявления аллергических заболеваний [3, 4].

ДИАГНОСТИКА АЛЛЕРГИЧЕСКОГО РИНИТА

Для диагностики АР требуется тщательный сбор аллергологического анамнеза, оценка клинических симптомов и данных аллергологического обследования пациента [1, 3, 5, 6].

Критериями для постановки диагноза АР являются:

- ежедневно проявляющиеся в течение часа и более хотя бы двух из следующих симптомов: заложенность (обструкция) носа, выделения из носа (ринорея), чихание, зуд в полости носа; наличие анамнестических данных, указывающих на связь возникновения жалоб после контакта с предполагаемым причинно-значимым аллергеном;
- имеющиеся у пациента другие аллергические заболевания в анамнезе (аллергический конъюнктивит, бронхиальная астма, синдром перекрестной пищевой непереносимости, атопический дерматит);
- положительные результаты аллергологического обследования [1].

При этом необходимо отметить, что выделяются две формы заболевания в зависимости от продолжительности симптоматики в течение календарного года – круглогодичный (КАР) и сезонный (САР) аллергический ринит. Основными причинно-значимыми аллергенами при АР являются пыльца растений деревьев (береза, ольха, ореш-

¹ Приказ Минтруда России от 27.03.2017 №306н «Об утверждении профессионального стандарта «Врач-педиатр участковый». Режим доступа: <https://normativ.kontur.ru/document?moduleId=1&documentId=292113>.

² Приказ Минздрава России от 10.05.2017 №203н «Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи». Режим доступа: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_216975/.

³ Федеральный государственный образовательный стандарт высшего образования по специальности 31.05.02 Педиатрия, утвержденный приказом Министерства науки и высшего образования Российской Федерации от 12 августа 2020 г. №965. Режим доступа: <https://www.consultant.ru/search?q=16.%09Федеральный+государственный+образовательный+стандарт+высшего+образования+по+специальности+31.05.02+Педиатрия%2C+утвержденный+приказом+Министерства+науки+и+высшего+образования+Российской+Федерации+от+12+августа+2020+г.+№965>.

⁴ Приказ Минздрава России от 22 ноября 2004 года №228 «Об утверждении стандарта медицинской помощи больным аллергическим ринитом». Режим доступа: <https://normativ.kontur.ru/document?moduleId=1&documentId=80429>.

ник, дуб); злаковых или луговых трав (тимopheевка, овсяница, ежа, райграс, костер, рожь, мятлик); сорных трав (подсолнечник, полынь, амброзия, крапива, лебеда); аллергенов клещей домашней пыли (видов *Dermatophagoides pteronyssinus* и *Dermatophagoides farinae*), эпидермальных аллергенов (кошки, собаки, лошади), грибковых аллергенов (плесневых грибов). Для пыльцевых аллергенов характерна определенная сезонность симптомов. Аллергены грибов и клещей домашней пыли относятся к круглогодичным аллергенам, их количество в окружающем воздухе также зависит от времени года [1].

Пациентам с выраженными симптомами в период обострения АР рекомендуется проводить исследование клинического анализа крови с целью дифференциальной диагностики с другой патологией и определения тактики терапии (необходимо учитывать, что эозинофилия может иметь другие причины – паразитарные инвазии, грибковую инфекцию, а при повышении уровня маркеров бактериального воспаления (лейкоцитоз, сдвиг лейкоцитарной формулы влево) должно быть проведено дополнительное обследование для поиска очага инфекционного воспаления, в первую очередь острого риносинусита [5].

Пищевая аллергия характерна для пациентов, страдающих сезонным АР (поллинозом). Развитие данной реакции объясняется наличием общих эпитопов у пыльцевых и пищевых аллергенов (свежих фруктов и овощей, меда, орехов), перекрестно реагирующие с IgE-антителами.

Обследование, лечение и динамическое наблюдение пациента с АР должно проводиться участковым педиатром параллельно с врачами двух специальностей: оториноларингологами и аллергологами-иммунологами, что позволяет обеспечить оптимальный комплексный подход к терапии АР.

Оториноларинголог проводит дифференциальную диагностику АР с другими заболеваниями полости носа и околоносовых пазух (наличие анатомических нарушений в полости носа), определяет необходимость хирургического лечения таких пациентов, выявляет осложненные формы АР.

Аллерголог-иммунолог определяет тактику аллергообследования, проводит постановку кожных аллергологических проб и интерпретацию результатов, уточняет диагноз, определяет показания для проведения иммунотерапии. Для оценки уровня контроля заболевания всем пациентам при первичном обращении исходно и через 2–4 нед. после назначения терапии рекомендуется оценить уровень контроля над симптомами аллергического ринита и функциональный статус пациента с помощью нормального теста «дыхание с закрытым ртом» и визуальной аналоговой шкалы с целью определения степени тяжести, объема терапии, а в динамике – с целью оценки эффективности назначенной ранее терапии и целесообразности ее изменения [7–9].

Визуальная аналоговая шкала (ВАШ) представляет собой горизонтальную градуированную линию длиной 10 см, на которой пациент отмечает вертикальной чертой оценку влияния симптомов АР на свое самочувствие, выраженную в баллах от 0 до 100, где 0 – это отсутствие

жалоб и симптомов, а 100 – максимально выраженные проявления болезни (при этом от 0 до 50 свидетельствуют о контролируемом течении АР, от 50 и выше – о неконтролируемом течении АР).

Проведение теста носового дыхания с «закрытым ртом». Пациента просят закрыть рот и дышать исключительно через нос в течение 30 сек. Нормальный тест – дыхание с закрытым ртом в течение 30 мин [1].

ОСТРЫЕ РЕСПИРАТОРНЫЕ ВИРУСНЫЕ ИНФЕКЦИИ И АЛЛЕРГИЧЕСКИЙ РИНИТ

В Российской Федерации на долю острых респираторных вирусных инфекций (ОРВИ) приходится до 90% всех случаев инфекционных заболеваний. При этом дети болеют ОРВИ чаще, чем взрослые⁵. В среднем каждый ребенок переносит 5–8 эпизодов ОРВИ в год. ОРВИ отличаются разнообразием симптоматики, однако наиболее частыми их проявлениями являются кашель, заложенность носа, чихание, насморк [10].

Аллергический и инфекционный ринит имеют схожую клиническую симптоматику. Нередко в первые годы развития заболевания проявления АР педиатры расценивают как симптомы ОРВИ, что может привести к полипрагмазии и утяжелению состояния ребенка [11]. Дифференциальная диагностика ринитов требует от педиатра внимательного отношения к анамнезу и симптомам заболевания. Дети с АР чаще имеют отягощенную наследственность по аллергии, нередко у них имеются сопутствующие аллергические заболевания. Симптомы острого ринита развиваются, как правило, в период эпидемического подъема ОРВИ (осень, зима). Проявления АР имеют четкую связь с аллергеном и могут появляться круглогодично или в сезон цветения. Повышение температуры, особенно до фебрильных цифр, характерно для ОРВИ. Симптомы АР сохраняются все время, пока присутствует контакт с аллергеном и инициированная им иммунная реакция. Продолжительность инфекционного ринита, как правило, не превышает полутора недель.

Нередким является также сочетание АР и ОРВИ. Практика показывает, что дети-аллергики болеют ОРВИ, как правило, чаще и тяжелее сверстников. Это обусловлено несколькими факторами. Известно, что наличие персистирующего воспаления при аллергии предрасполагает пациента к более частому и/или более тяжелому развитию инфекции верхних дыхательных путей. Аллергическое воспаление вызывает экспрессию молекул адгезии, таких как молекула межклеточной адгезии-1 (ICAM-1) на эпителиальных клетках. Молекулы ICAM-1 имеют сродство к риновирусу, что облегчает проникновение вируса внутрь клетки. Исследования компьютерной томографии показывают, что у пациентов с АР наблюдаются более серьезные изменения околоносовых пазух во время вирусного ринита, чем у неаллергических лиц, что сопровождается уменьшением времени мукоцилиарного клиренса. Интерлейкин-13, который является ключевым цитокином

⁵ Банк документов. Министерство здравоохранения Российской Федерации. Режим доступа: <http://old.rosminzdrav.ru/docs>.

при аллергическом воспалении дыхательных путей, снижает частоту биений ресничек за счет замедления мукоцилиарного клиренса, тем самым способствуя вирусной инвазии слизистой оболочки [12, 13]. Респираторные вирусы могут быть как триггером обострения аллергической болезни, так и пусковым фактором развития аллергических заболеваний дыхательных путей [11].

При развитии ОРВИ у детей с АР лечение должно быть направлено как на лечение аллергического заболевания, так и на купирование симптомов вирусной инфекции.

ЛЕЧЕНИЕ АЛЛЕРГИЧЕСКОГО РИНИТА У ДЕТЕЙ

Для выбора тактики лечения пациента с подозрением на АР с целью подтверждения диагноза и определения степени тяжести заболевания рекомендуется тщательный сбор анамнеза и жалоб [3, 6, 14, 15].

Лечение АР легкого или среднетяжелого течения проводится в амбулаторных условиях.

Показания для госпитализации в медицинскую организацию:

- крайне тяжелое и/или осложненное течение заболевания (экстренная);
- у детей тяжелое обострение с выраженной назальной обструкцией (экстренная);
- необходимость проведения ускоренного курса аллергенспецифической иммунотерапии в условиях элиминации аллергена (плановая).

Лечение детей с АР включает элиминационную терапию – ограничение контакта с значимым аллергеном, а также механическое удаление аллергенов со слизистой верхних дыхательных путей посредством промывания и полоскания полости носа и рта физиологическим и/или другими солевыми растворами (ирригационная терапия). Рассматривается эффективность барьерной терапии с использованием препаратов, защищающих слизистую от контакта с аллергеном [10, 16–19].

Для медикаментозного лечения АР применяются три основных класса лекарственных препаратов в зависимости от тяжести заболевания: препаратами 1-й степени при легкой степени тяжести АР являются антигистаминные (местные интраназальные и системные без седативного эффекта), препаратами второй степени при легком и среднетяжелом течении являются интраназальные гормональные или антагонисты лейкотриеновых рецепторов. Также используются интраназальные препараты кромоглициевой кислоты при легком течении, но их эффективность несколько ниже местных антигистаминных. Третья ступень терапии предполагает сочетание нескольких указанных групп препаратов или коротких курсов системных гормональных, назначаемых в условиях стационара, и в случае неэффективности возможно применение омализумаба [1, 3, 4, 6]. Аллергенспецифическая иммунотерапия (АСИТ) – основной метод патогенетического лечения – назначается при наличии четких доказательств связи между экспозицией аллергена, симптомами болезни и IgE-зависимым механизмом и применяется у детей старше 5 лет.

В практике участкового педиатра особую актуальность приобретает также лечение инфекционного ринита у детей с АР. В этом случае восстановление носового дыхания в связи с инфекционной природой на фоне аллергического компонента требует обязательного применения деконгестантов короткого действия (эфедрин, нафазолин), которые в детской практике рекомендуется применять в течение не более 3–5 дней [20]. Оптимальным для интраназального использования в терапии острого ринита (ОР) на фоне АР является препарат, который содержит не только адреномиметик, но и антигистаминный компонент [1, 6].

Препарат Виброцил имеет pH, приближенный к естественному pH слизистой оболочки носа, и имеет сходную изотоничность, содержит диметинден, блокирующий H1-гистаминовые рецепторы, и фенилэфрин, селективно стимулирующий α 1-адренергические рецепторы слизистой оболочки носа и оказывающий противоотечное и сосудосуживающее действие, в форме капель разрешен к применению у детей старше 1 года. Основанием для составления такой комбинации явилось частое возникновение на фоне острых ринитов инфекционно-аллергических процессов или развитие обострений у детей с хроническим АР [21].

На базе кафедры детских болезней Первого МГМУ им. И.М. Сеченова в открытом сравнительном исследовании оценки терапии препаратом Виброцил для интраназального применения у детей с острыми инфекционными ринитами (ОР) и персистирующими АР доказана безопасность, переносимость и эффективность данного препарата по нескольким субъективным симптомам (по 5-балльной шкале): выделения из полости носа и их характер, заложенность носа, жжение и сухость слизистой, чихание, зуд в полости носа; также производились инструментальные исследования: передняя риноскопия и риноманометрия. Через 10 дней применения препарата отмечалось отсутствие симптомов у 90% детей с АР и у 84% детей с ОР [22].

В исследовании Е.Ю. Радциг принимали участие 70 детей, оценивалась эффективность препарата Виброцил в лечении пациентов с диагнозом «острый ринит на фоне ОРВИ» и подтвержденным диагнозом «аллергический ринит». Дети в группе сравнения – препарат топический нафазолин. Курсовая длительность приема препарата Виброцил составила 14 дней. В исследовании побочных эффектов препарата Виброцил не было отмечено. Благодаря мягкому вазоконстрикторному действию Виброцил не вызывает существенного уменьшения кровотока в слизистой оболочке полости носа и околоносовых пазух и, следовательно, не нарушает ее функции. Применение препарата Виброцил в комплексной терапии острого ринита у детей с АР способствует купированию симптомов основного заболевания и позволяет снизить объем терапии системными антигистаминными препаратами и назальными кортикостероидами, т. е. уменьшить фармакологическую нагрузку на пациента [23].

В работе Т.В. Гарашенко и О.Э. Бойковой [24] исследовано 60 детей методом риноманометрии в возрасте 3–14 лет с ОР и АР легкой и средней тяжести. Комбинация фенилэфрина и диметиндена 4 раза в день 10 дней улуч-

шила назальную проходимость в 2 раза при ОР и в 3 раза при АР, что позволяет рекомендовать препарат Виброцил детям с обострением АР для купирования назальной обструкции.

КЛИНИЧЕСКИЙ ПРИМЕР

Мальчик А., 6 лет, родился от первой беременности, протекавшей с токсокозом в I триместре, роды первые срочные путем кесарева сечения из-за слабой родовой деятельности. Оценка по Апгар 8/9 баллов. К груди приложен в родзале, грудное вскармливание до 4 мес. В 4,5 мес. проявления атопического дерматита в виде гиперемии в области лица и конечностей при переводе ребенка на молочные смеси, в 5 мес. проконсультирован аллергологом, рекомендован перевод на гидролизаты, с 7 мес. – положительная динамика со стороны кожных покровов. С 4 лет после посещения детского учреждения появились жалобы на частые ОРВИ, осмотрен ЛОР-врачом – диагноз «аденоидные вегетации», рекомендован курс топических стероидов, после которого отмечена положительная динамика. С 5 лет отмечались жалобы на заложенность носа на фоне здорового состояния вне ОРВИ и частые ОРВИ на фоне нормальной температуры длительностью более 3 нед. В 6 лет направлен участковым педиатром к аллергологу, при обследовании была выявлена сенсibilизация к клещам домашней пыли и выставлен диагноз «аллергический ринит, интермиттирующий, среднетяжелое течение, бытовая сенсibilизация, период обострения». Рекомендован курс терапии топическими стероидами и антагонистами лейкотриеновых рецепторов в течение 2 мес. На фоне лечения отмечена положительная динамика, но на фоне ОРВИ отмечалось длительное сохранение симптомов ринита в виде заложенности носа. Врач-аллерголог рекомендовал на фоне ОРВИ применение в качестве симптоматической терапии комбинированного препарата для интраназального использования, содержащего адrenomиметик фенилэфрин и антигистаминный компонент диметинден (Виброцил капли). Оценка терапии проводилась по 5-балльной шкале оценки симптомов (заложенность носа, выделения из носа, приступы чихания, зуд носа), минимальная – 0 баллов, максимальная – 5 баллов. При оценке результатов рекомендованной терапии родители пациента отметили, что при применении препарата каплей Виброцил отмечено уменьшение длительности течения ОРВИ, а также снижение длительности перорального приема антигистаминных препаратов.

АМБУЛАТОРНОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ЗА БОЛЬНЫМИ С АЛЛЕРГИЧЕСКИМ РИНИТОМ

Наибольшая роль в наблюдении и ведении детей с АР отводится участковому педиатру. При подозрении на АР необходимо тщательно собрать анамнез (в т. ч. семейный), осмотреть больного, оценить клинический анализ крови и направить больного к аллергологу или отоларингологу для подтверждения диагноза. Дальнейшее наблюдение

и лечение проводит участковый педиатр, при этом обеспечивая преемственность между аллергологом и отоларингологом [14]. Основными направлениями ведения детей с АР являются:

- осуществление диспансерного наблюдения за больными
- психологическая работа с пациентом и его родителями
- проведение и контроль элиминационных и лечебных мероприятий
- направление детей с тяжелым течением АР к специалистам (аллерголог и/или оториноларинголог) или на госпитализацию.

Диспансерное наблюдение детей осуществляется педиатром в стадии обострения 1 раз в 5–7 дней, вне обострения – 1 раз в 6 мес. Аллерголог-иммунолог осматривает ребенка 1 раз в 6 мес. вне обострения. Консультации других специалистов, динамическое комплексное обследование с контролем состоянием и определением изменений спектра и степени сенсibilизации проводятся 1 раз в 6–12 мес. В зависимости от тяжести и характера течения процесса такое обследование может быть проведено как амбулаторно, так и в дневном стационаре. При необходимости хирургического лечения ребенок госпитализируется в специализированный стационар [25].

АР – заболевание хроническое, в связи с чем после постановки диагноза необходимо проинформировать пациента и его родителей о природе заболевания, причинах обострения, доступных методах лечения и важности проведения терапии. Пациент (и/или его родители) должен знать о возможных осложнениях, признаках, при которых необходимо обратиться к врачу, о негативном влиянии ринита на качество жизни и преимуществах правильного и регулярного лечения. Ориентация больного должна быть направлена на реалистичные ожидания и понимание того, что хронические заболевания не подлежат излечению, и поэтому нужно долгосрочное врачебное наблюдение и длительная рациональная терапия [1, 3]. Пациент и его семья должны понимать, что ограничения в образе жизни, диете, режиме потребуют значительных усилий, но в то же время приведут к значительному улучшению состояния ребенка и минимизации лекарственной терапии. Наиболее рационально выдавать письменные рекомендации в виде памятки с доступной информацией о правилах проведения элиминационных мероприятий с учетом вида аллергии (отдельно для бытовой аллергии, пылевой и т. д.) [26].

Комплексная программа лечения АР включает в себя мероприятия по ограничению контакта со значимыми аллергенами, индивидуально подобранную медикаментозную терапию, при необходимости АСИТ и обязательное обучение пациента технике управляемого самоведения [1].

Элиминационные мероприятия являются важным направлением лечения АР. Они проводятся индивидуально по результатам аллергообследования и направлены на максимально возможные разобщения пациента с «виновными» аллергенами.

Мероприятия по устранению аллергенов клещей домашней пыли включают в себя: уменьшение количе-

ства мест скопления пыли, особенно в спальном комнате; исключить использование изделий из меха, ковры, мягкие игрушки; желательно использовать жалюзи вместо занавесок; при невозможности отказа от мягких игрушек стирать их не реже 1 раза в месяц; в комнате у ребенка должно быть как можно меньше мебели с обивкой из ткани; книги, игрушки, одежду, сувениры, посуду следует хранить в закрытых шкафах; верхнюю одежду при хранении в шкафах желательно помещать в чехлы; отказ от домашних животных, птиц, аквариумных рыбок; использовать специальные гипоаллергенные постельные принадлежности, которые также необходимо регулярно стирать не реже 1–2 раз в месяц в горячей воде (60 °C и выше). Использование специальных акарицидных средств при стирке позволяет снизить частоту стирок и использовать воду более низкой температуры; постельные принадлежности, не подлежащие стирке (например, матрас), следует обрабатывать специальными акарицидными средствами или помещать в чехлы; стирка постельного белья (наволочки, простыни, пододеяльники) еженедельно в горячей воде (не менее 80 °C). При стирке цветного белья использовать акарицидные средства; влажную уборку следует проводить ежедневно, уборку с помощью специального пылесоса с HEPA-фильтрами – не менее 1 раза в неделю в отсутствие больного; использовать очистители воздуха с HEPA-фильтрами или фотокаталитические очистители многоступенчатой очистки для снижения количества аллергенов и пыли в воздухе. При использовании очистителей воздуха надо соблюдать ряд правил: очиститель должен соответствовать объему помещения (рекомендованный объем указан на приборе), должна производиться регулярная смена фильтров, обеспечение притока воздуха к воздухозаборным панелям очистителя; контроль влажности воздуха необходим, т. к. избыточная влажность способствует размножению клещей и плесневых грибов. Сухой воздух содержит больше пыли и затрудняет дыхание. Оптимальный уровень влажности – 35%. Для урегулирования влажности используется влажная уборка или увлажнители воздуха.

Мероприятия по устранению аллергенов домашних животных: не заводить домашних животных, а при их наличии желательно отдать животное или уменьшить контакт ребенка с ним; провести обработку квартиры и одежды специальными средствами, позволяющими устранить аллергены животных; исключить посещение мест, где есть животные (зоопарк, цирк, дома).

Мероприятия по ограничению воздействия пылевых аллергенов: в сезон цветения причинных растений не рекомендуется выезжать за город, в квартире рекомендуется установить воздушный фильтр или очиститель воздуха; не употреблять в пищу продукты, которые могут вызывать перекрестные пищевые реакции, особенно в сезон; ограничить использование косметических и лекарственных средств, содержащих растительные компоненты; в сезон цветения причинных растений запрещено проведение профилактической вакцинации и плановых оперативных вмешательств.

Мероприятия по устранению грибковых аллергенов: достаточная вентиляция в квартире, регулярное проветривание; контроль влажности воздуха, при наличии аллергии к плесневым грибкам влажность не должна превышать 50%; при наличии грибковых изменений на стенах необходимо провести ремонт с использованием специальных фунгицидных препаратов; регулярная уборка с помощью дезинфицирующих средств; не разводить комнатные растения; пользоваться одноразовыми пакетами для мусора и часто выносить мусор; избегать контакта с землей, опавшими листьями, комнатными растениями, клетками домашних птиц; не употреблять в пищу продукты грибкового происхождения: сыры с плесенью, кисломолочные (сметана, йогурты), изделия из дрожжевого теста, квас, квашеную капусту, другие продукты, подвергшиеся ферментации, сухофрукты; не принимать витамины группы В (в т. ч. пивные дрожжи), антибиотики пенициллинового ряда [1].

Проведение медикаментозной терапии позволяет контролировать симптомы и предупредить осложнения. В лечении АР сохраняется проблема недооценки степени тяжести и назначения неадекватной терапии. В некоторых случаях это приводит к нарушению комплаенса «врач – пациент» и отказу от терапии или недовольству от неэффективности лечения. Подбор терапии должен быть индивидуальным после полного обследования и установления степени тяжести заболевания. Пациент должен быть обучен правильной технике использования препаратов местного применения. Для контроля за проводимой терапией желательно ведение дневника с регистрацией выраженности симптомов. В зависимости от степени клинических проявлений проводится изменение объема терапии (ступенчатый принцип лечения АР) [27].

При отсутствии эффекта от проводимой терапии участковый педиатр направляет пациента на повторную консультацию к специалистам или госпитализацию в профильное отделение.

ВЫВОДЫ

АР является проблемой современной педиатрии вследствие широкого распространения, быстрого роста заболеваемости и частого развития осложнений. Проявления АР значительно нарушают качество жизни пациента. Терапия данного заболевания – длительная, требующая внимания и усилий пациента и его семьи. Систематическое ведение пациента на амбулаторном этапе с учетом всех основных направлений позволит значительно улучшить состояние пациента, достичь длительной ремиссии и предотвратить развитие осложнений. При ОРВИ у больного с АР рационально применение топического деконгестанта в сочетании с антигистаминным препаратом (комбинированный препарат Виброцил капли), позволяющего быстро купировать симптомы и снизить продолжительность заболевания.

Поступила / Received 24.08.2021
Поступила после рецензирования / Revised 10.09.2021
Принята в печать / Accepted 11.09.2021

Список литературы

- Астафьева Н.Г., Баранов А.А., Вишнева Е.А., Дайхес Н.А., Жестков А.В., Ильина Н.И. и др. *Аллергический ринит: клинические рекомендации 2020*. М.; 2020. 55 с. Режим доступа: https://www.pediatr-russia.ru/information/klin-rek/deystvuyushchie-klinicheskie-rekomendatsii/Аллергический%20ринит_2020.pdf.
- Балаболкин И.И., Терлецкая Р.Н. Аллергическая заболеваемость детей и подростков в современных экологических условиях. *Педиатрия*. 2014;(2):40–46. Режим доступа: <https://cyberleninka.ru/article/n/allergicheskaya-zabolevaemost-detey-i-podrostkov-v-sovremennyh-ekologicheskikh-usloviyah>.
- Brożek J.L., Bousquet J., Agache I., Agarwal A., Bachert C., Bosnic-Anticevich S. et al. Allergic Rhinitis and its Impact on Asthma (ARIA) guidelines: 2016 revision. *J Allergy Clin Immunol*. 2017;140(4):950–958. <https://doi.org/10.1016/j.jaci.2017.03.050>.
- Ленько М.И., Косенкова Т.В. IFN-γ и его роль в формировании аллергического воспаления у детей. *Медицина: теория и практика*. 2020;5(1):170–171. Режим доступа: <https://cyberleninka.ru/article/n/ifn-i-ego-rol-v-formirovani-allergicheskogo-vospaleniya-u-detey>.
- Wise S.K., Lin S.Y., Toskala E., Orlandi R.R., Akdis C.A., Alt J.A. et al. International Consensus Statement on Allergy and Rhinology: Allergic Rhinitis. *Int Forum Allergy Rhinol*. 2018;8(2):85–107. <https://doi.org/10.1002/alf.22073>.
- Хаитов М.Р., Намазова-Баранова Л.С., Ильина Н.И., Курбачева О.М., Bachert C., Hellings P.W. et al. ARIA 2019: алгоритмы оказания помощи при аллергическом рините в России. *Российский аллергологический журнал*. 2020;17(1):7–22. <https://doi.org/10.36691/RAJ.2020.17.1.001>.
- Bousquet J., Schünemann H.J., Hellings P.W., Arnavielhe S., Bachert C., Bedbrook A. et al. MACVIA clinical decision algorithm in adolescents and adults with allergic rhinitis. *J Allergy Clin Immunol*. 2016;138(2):367–374.e2. <https://doi.org/10.1016/j.jaci.2016.03.025>.
- Courbis A.L., Murray R.B., Arnavielhe S., Caimmi D., Bedbrook A., Van Eerd M. et al. Electronic Clinical Decision Support System for allergic rhinitis management: MASK e-CDSS. *Clin Exp Allergy*. 2018;48(12):1640–1653. <https://doi.org/10.1111/cea.13230>.
- Тюфиллин Д.С., Деев И.А., Кобякова О.С., Куликов Е.С., Табакаев Н.А., Винокурова Д.А., Кириллова Н.А. Контроль аллергического ринита: современные инструменты оценки. *Бюллетень сибирской медицины*. 2019;18(2):262–273. <https://doi.org/10.20538/1682-0363-2019-2-262-273>.
- Колтунцева И.В., Байрова С.В., Сахно Л.В. Современные подходы к лечению ринофарингита в практике участкового педиатра. *Медицинский совет*. 2021;(1):108–115. <https://doi.org/10.21518/2079-701X-2021-1-108-115>.
- Ревакина В.А. Что скрывается под маской ОРВИ с позиции аллерголога? *Лечащий врач*. 2017;(6):13. Режим доступа: <https://www.lvrach.ru/2017/06/15436735>.
- Hellings P.W., Fokkens W.J. Allergic rhinitis and its impact on otorhinolaryngology. *Allergy*. 2006;61(6):656–664. <https://doi.org/10.1111/j.1398-9995.2006.01109.x>.
- Eccles R. Understanding the symptoms of the common cold and influenza. *Lancet Infect Dis*. 2005;5(11):718–725. [https://doi.org/10.1016/S1473-3099\(05\)70270-X](https://doi.org/10.1016/S1473-3099(05)70270-X).
- Ревнова М.О. (ред.). *Блокнот педиатра*. СПб.: МедЛит; 2020. 367 с. Режим доступа: <https://speclitsu/image/catalog/978-5-9500908-1-3/978-5-9500908-1-3.pdf>.
- Чотчаева А.А., Колотилина А.И., Корсунский И.А., Смирнова Г.И., Асманов А.И., Мунблит Д.Б. Аллергический ринит: подходы к диагностике и лечению. *ПМЖ*. 2018;(9):22–28. Режим доступа: https://www.rmj.ru/articles/pediatrya/Allergicheskii_rinit_podhody_k_dagnostike_i_lecheniyu/.
- Li C.L., Lin H.C., Lin C.Y., Hsu T.F. Effectiveness of Hypertonic Saline Nasal Irrigation for Alleviating Allergic Rhinitis in Children: A Systematic Review and Meta-Analysis. *J Clin Med*. 2019;8(1):64. <https://doi.org/10.3390/jcm8010064>.
- Овчаренко Л.С., Вертерел А.А., Шамрай И.В., Андриенко Т.Г., Редько И.И., Жихарева Н.В., Самохин И.В. Эффективная терапия инфекционных и аллергических риносинуситов у детей. *Современная педиатрия*. 2010;5(33):44–49. Режим доступа: https://aquamaris.kz/upload/article/2145_206328073.pdf.
- Зайцева О.В. Уход за полостью носа у детей с аллергическим ринитом в осенне-зимний период. *Consilium Medicum*. 2015;17(11):87–89. https://doi.org/10.26442/2075-1753_2015.11.87-89.
- Барденикова С.И., Зайцева О.В., Снитко С.Ю., Полякова М.А., Довгун О.Б. Эффективность барьерной терапии назальным спреем Аква Марис® Сенс у детей с круглогодичным аллергическим ринитом. *Педиатрия. Журнал им. Г.Н. Сперанского*. 2016;95(2):114–123. Режим доступа: https://pediatryjournal.ru/files/upload/mags/351/2016_2_4584.pdf.
- Белов В.А. Основные принципы терапии аллергического ринита в педиатрической практике. *Медицинский совет*. 2017;(9):103–107. <https://doi.org/10.21518/2079-701X-2017-9-103-107>.
- Кириченко И.М. Роль топических деконгестантов в лечении острых ринитов у детей. *Медицинский совет*. 2018;(2):118–121. <https://doi.org/10.21518/2079-701X-2018-2-118-121>.
- Геппе Н.А., Старостина Л.С., Батырева О.В., Фарбер И.М., Озерская И.В., Малявина У.С. Взгляд педиатра на ринит у детей. Подход к терапии деконгестантами. *ПМЖ*. 2013;(2):66. Режим доступа: https://www.rmj.ru/articles/pediatrya/Vzglyad_pediatra_na_rinit_u_detey_Podhod_k_terapii_dekongestantami/.
- Радчик Е.Ю. Комплексные интраназальные препараты в лечении различных форм ринита у детей. *ПМЖ*. 2012;(6):296. Режим доступа: https://www.rmj.ru/articles/bolezni_dykhatelykh_putey/Kompleksnye_intranazalnye_preparaty_v_lechenii_razlichnykh_form_rinita_u_detey/.
- Гарашенко Т.И., Бойкова Н.Э. Затрудненное носовое дыхание и аллергический ринит у детей. *Медицинский совет*. 2015;(6):72–78. Режим доступа: <https://www.med-sovet.pro/jour/article/view/197>.
- Баранов А.А., Намазова-Баранова Л.С., Хаитов Р.М., Ильина Н.И., Курбачева О.М., Новик Г.А. и др. Аллергический ринит у детей: принципы своевременной диагностики и эффективной терапии. Краткий обзор клинических рекомендаций. *Педиатрическая фармакология*. 2017;14(4):272–282. <https://doi.org/10.15690/pf.v14i4.1758>.
- Минаева Н.В., Корюкина И.П. Аллергический ринит в практике педиатра: как определить и чем помочь. *Медицинский совет*. 2018;(11):142–146. <https://doi.org/10.21518/2079-701X-2018-11-142-146>.
- Бодня О.С., Ненашева Н.М. В помощь практикующему врачу: ведение пациентов с аллергическим ринитом на амбулаторном этапе. *Астма и аллергия*. 2015;(4):28–34. Режим доступа: <https://medi.ru/info/10191>.

References

- Astafeva N.G., Baranov A.A., Vishneva E.A., Daykhes N.A., Zhestkov A.V., Il'ina N.I. et al. *Allergic rhinitis: clinical guidelines 2020*. Moscow; 2020. 55 p. (In Russ.) Available at: https://www.pediatr-russia.ru/information/klin-rek/deystvuyushchie-klinicheskie-rekomendatsii/Аллергический%20ринит_2020.pdf.
- Balabolkin I.I., Terletskaia R.N. Allergic morbidity of children and adolescents in modern environmental conditions. *Pediatr = Pediatrician (St Petersburg)*. 2014;(2):40–46. (In Russ.) Available at: <https://cyberleninka.ru/article/n/allergicheskaya-zabolevaemost-detey-i-podrostkov-v-sovremennyh-ekologicheskikh-usloviyah>.
- Brożek J.L., Bousquet J., Agache I., Agarwal A., Bachert C., Bosnic-Anticevich S. et al. Allergic Rhinitis and its Impact on Asthma (ARIA) guidelines: 2016 revision. *J Allergy Clin Immunol*. 2017;140(4):950–958. <https://doi.org/10.1016/j.jaci.2017.03.050>.
- Lenko M.I., Kosenkova T.V. IFN-γ and its role in the formation of allergic inflammation in children. *Meditsina: teoriya i praktika = Medicine: Theory and Practice*. 2020;5(1):170–171. (In Russ.) Available at: <https://cyberleninka.ru/article/n/ifn-i-ego-rol-v-formirovani-allergicheskogo-vospaleniya-u-detey>.
- Wise S.K., Lin S.Y., Toskala E., Orlandi R.R., Akdis C.A., Alt J.A. et al. International Consensus Statement on Allergy and Rhinology: Allergic Rhinitis. *Int Forum Allergy Rhinol*. 2018;8(2):85–107. <https://doi.org/10.1002/alf.22073>.
- Khaitov M.R., Namazova-Baranova L.S., Ilyina N.I., Kurbacheva O.M., Bachert C., Hellings P.W. et al. 2019 ARIA: care pathways for allergic rhinitis in Russia. *Rossiyskiy allergologicheskii zhurnal = Russian Journal of Allergy*. 2020;17(1):7–22. (In Russ.) <https://doi.org/10.36691/RAJ.2020.17.1.001>.
- Bousquet J., Schünemann H.J., Hellings P.W., Arnavielhe S., Bachert C., Bedbrook A. et al. MACVIA clinical decision algorithm in adolescents and adults with allergic rhinitis. *J Allergy Clin Immunol*. 2016;138(2):367–374.e2. <https://doi.org/10.1016/j.jaci.2016.03.025>.
- Courbis A.L., Murray R.B., Arnavielhe S., Caimmi D., Bedbrook A., Van Eerd M. et al. Electronic Clinical Decision Support System for allergic rhinitis management: MASK e-CDSS. *Clin Exp Allergy*. 2018;48(12):1640–1653. <https://doi.org/10.1111/cea.13230>.
- Tyufilin D.S., Deev I.A., Kobayakova O.S., Kulikov E.S., Tabakaev N.A., Vinokurova D.A., Kirillova N.A. Allergic rhinitis control: contemporary approaches to evaluation. *Bulleten sibirskoi meditsiny = Bulletin of Siberian Medicine*. 2019;18(2):262–273. (In Russ.) <https://doi.org/10.20538/1682-0363-2019-2-262-273>.
- Koltuntseva I.V., Bairova S.V., Sakhno L.V. Modern approaches to the treatment of rhinopharyngitis in the practice of a district pediatrician. *Meditsinskiy sovet = Medical Council*. 2021;(1):108–115. (In Russ.) <https://doi.org/10.21518/2079-701X-2021-1-108-115>.
- Revyakina V.A. What is hidden under the mask of SARS from the position of allergologist? *Lechashchiy vrach*. 2017;(6):13. (In Russ.) Available at: <https://www.lvrach.ru/2017/06/15436735>.
- Hellings P.W., Fokkens W.J. Allergic rhinitis and its impact on otorhinolaryngology. *Allergy*. 2006;61(6):656–664. <https://doi.org/10.1111/j.1398-9995.2006.01109.x>.
- Eccles R. Understanding the symptoms of the common cold and influenza. *Lancet Infect Dis*. 2005;5(11):718–725. [https://doi.org/10.1016/S1473-3099\(05\)70270-X](https://doi.org/10.1016/S1473-3099(05)70270-X).

14. Revnova M.O. (ed.). *The pediatrician's notebook: a reference and methodological manual*. St Petersburg: MedLit; 2020. 367 p. (In Russ.) Available at: <https://speclit.su/image/catalog/978-5-9500908-1-3/978-5-9500908-1-3.pdf>.
15. Chotchaeva A.A., Kolotilina A.I., Korsunskiy I.A., Smirnova G.I., Asmanov A.I., Munblit D.B. Allergic rhinitis: approaches to diagnostics and management. *RMZH = RMJ*. 2018;(9):22–28. (In Russ.) Available at: https://www.rmj.ru/articles/pediatriya/Allergicheskiy_rinit_podhody_k_diagnostike_i_lecheniyu.
16. Li C.L., Lin H.C., Lin C.Y., Hsu T.F. Effectiveness of Hypertonic Saline Nasal Irrigation for Alleviating Allergic Rhinitis in Children: A Systematic Review and Meta-Analysis. *J Clin Med*. 2019;8(1):64. <https://doi.org/10.3390/jcm8010064>.
17. Ovcharenko L.S., Vertegel A.A., Shamray I.V., Andrienko T.G., Redko I.I., Zhikhareva N.V., Samokhin I.V. Effective therapy of infectious and allergic rhinosinusitis in children. *Sovremennaya pediatriya = Modern Pediatrics*. 2010;5(33):44–49. (In Russ.) Available at: https://aquamaris.kz/upload/article2/145_206328073.pdf.
18. Zaytseva O.V. Care of the nasal cavity in children with allergic rhinitis in the autumn-winter period. *Consilium Medicum*. 2015;17(11):87–89. (In Russ.) https://doi.org/10.26442/2075-1753_2015.11.87-89.
19. Bardenikova S.I., Zaitseva O.V., Snitko S.Yu., Polyakova M.A., Dovgun O.B. Effectiveness of barrier therapy with nasal spray Aqua Maris® Sens in children with year-round allergic rhinitis. *Pediatriya. Zhurnal im. G.N. Speranskogo = Pediatrics. Journal named after G.N. Speransky*. 2016;95(2):114–123. (In Russ.) Available at: https://pediatriajournal.ru/files/upload/mags/351/2016_2_4584.pdf.
20. Belov V.A. Basic principles of allergic rhinitis therapy in paediatric practice. *Meditsinskiy sovet = Medical Council*. 2017;(9):103–107. (In Russ.) <https://doi.org/10.21518/2079-701X-2017-9-103-107>.
21. Kirichenko I.M. The role of topical decongestants in the treatment of acute rhinitis in children. *Meditsinskiy sovet = Medical Council*. 2018;(2):118–121. (In Russ.) <https://doi.org/10.21518/2079-701X-2018-2-118-121>.
22. Geppe N.A., Starostina L.S., Batyeva O.V., Farber I.M., Ozerskaya I.V., Malyavina W.S. Pediatrician's view of rhinitis in children. Decongestant therapy approach. *RMZH = RMJ*. 2013;(2):66. (In Russ.) Available at: https://www.rmj.ru/articles/pediatriya/Vzglyad_pediatra_na_rinit_u_detey_Podhod_k_terapii_dekongestantami.
23. Radtsig E.Yu. Complex intranasal drugs in the treatment of various forms of rhinitis in children. *RMZH = RMJ*. 2012;(6):296. (In Russ.) Available at: https://www.rmj.ru/articles/bolezni_dykhatelnykh_putey/Kompleksnye_intranazalnye_preparaty_v_lechenii_razlichnykh_form_rinita_u_detey.
24. Garaschenko T.I., Boikova N.E. Impaired nasal breathing and allergic rhinitis in children. *Meditsinskiy sovet = Medical Council*. 2015;(6):72–78. (In Russ.) Available at: <https://www.med-sovet.pro/jour/article/view/197>.
25. Baranov A.A., Namazova-Baranova L.S., Khaitov R.M., Ilyina N.I., Kurbacheva O.M., Novik G.A. et al. Allergic Rhinitis in Children: Principles of Early Diagnosis and Effective Therapy. Overview of Clinical Recommendations. *Pediatricskaya farmakologiya = Pediatric Pharmacology*. 2017;14(4):272–282. (In Russ.) <https://doi.org/10.15690/pf.v14i4.1758>.
26. Minaeva N.V., Koryukina I.P. Allergic rhinitis in pediatric practice: how to identify and manage. *Meditsinskiy sovet = Medical Council*. 2018;(11):142–146. (In Russ.) <https://doi.org/10.21518/2079-701X-2018-11-142-146>.
27. Bodnya O.S., Nenasheva N.M. To help a medical practitioner: management of patients with allergic rhinitis at the outpatient stage. *Asthma i allergiya = Asthma and Allergies*. 2015;(4):28–34. (In Russ.) Available at: <https://medi.ru/info/10191>.

Информация об авторах:

Колтунцева Инна Викторовна, к.м.н., доцент кафедры поликлинической педиатрии имени академика А.Ф. Тура, Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет; 194100 Россия, Санкт-Петербург, ул. Литовская, д. 2; koltunceva@yandex.ru
Гайдук Ирина Михайловна, д.м.н., профессор кафедры поликлинической педиатрии имени академика А.Ф. Тура, Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет; 194100 Россия, Санкт-Петербург, ул. Литовская, д. 2; sheveluk@inbox.ru
Сахно Лариса Викторовна, к.м.н., доцент кафедры поликлинической педиатрии имени академика А.Ф. Тура, Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет; 194100 Россия, Санкт-Петербург, ул. Литовская, д. 2; lv_s_doc@mail.ru
Баирова Светлана Вадимовна, к.м.н., доцент кафедры поликлинической педиатрии имени академика А.Ф. Тура, Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет; 194100 Россия, Санкт-Петербург, ул. Литовская, д. 2; svabar@mail.ru

Information about the authors:

Inna V. Koltuntseva, Cand. Sci. (Med.), Associate Professor of the Department of Outpatient Pediatrics n.a. A.F. Tour, St Petersburg State Pediatric Medical University; 2, Litovskaya St., St Petersburg, 194100, Russia; koltunceva@yandex.ru
Irina M. Gaiduk, Dr. Sci. (Med.), Professor of the Department of Outpatient Pediatrics n.a. A.F. Tour, St Petersburg State Pediatric Medical University; 2, Litovskaya St., St Petersburg, 194100, Russia; sheveluk@inbox.ru
Larisa V. Sahno, Cand. Sci. (Med.), Associate Professor of the Department of Outpatient Pediatrics n.a. A.F. Tour, St Petersburg State Pediatric Medical University; 2, Litovskaya St., St Petersburg, 194100, Russia; lv_s_doc@mail.ru
Svetlana V. Bairova, Cand. Sci. (Med.), Associate Professor of the Department of Outpatient Pediatrics n.a. A.F. Tour, St Petersburg State Pediatric Medical University; 2, Litovskaya St., St Petersburg, 194100, Russia; svabar@mail.ru