

10.21518/2079-701X-2018-11-142-146

Н.В. МИНАЕВА, И.П. КОРЮКИНА

ФГБОУ ВО «Пермский государственный медицинский университет им. академика Е.А. Вагнера» Минздрава России

АЛЛЕРГИЧЕСКИЙ РИНИТ В ПРАКТИКЕ ПЕДИАТРА:

КАК ОПРЕДЕЛИТЬ И ЧЕМ ПОМОЧЬ

На основе актуальных российских клинических рекомендаций рассматриваются вопросы диагностики и терапии аллергического ринита (АР) у детей с позиций педиатра. Представлены задачи педиатра по сбору анамнеза, оценке клинических симптомов, постановке предварительного диагноза, формированию плана диагностики и терапии с учетом современных критериев качества оказания медицинской помощи. Раскрыты общие принципы лечения АР, подходы к неотложной симптоматической терапии с применением комбинированного интраназального препарата диметиндена и фенилэфрина (Виброцил). Даны рекомендации по ведению пациентов с аллергическим ринитом на педиатрическом участке.

Ключевые слова: аллергический ринит, дети, клинические рекомендации, диагностика, терапия, наблюдение.

N.V. MINAEVA, I.P. KORYUKINA

E.A. Wagner Perm State Medical University of the Ministry of Health of Russia

ALLERGIC RHINITIS IN PEDIATRIC PRACTICE: HOW TO IDENTIFY AND MANAGE

The issues of diagnosis and management of allergic rhinitis (AR) in pediatric patients are considered on the basis of the current Russian clinical guidelines. The article presents the paediatrician tasks on the collection of anamnesis, the assessment of clinical symptoms, the setting of a preliminary diagnosis, the development of a diagnosis and therapy plan taking into account the modern medical care quality criteria. It also discloses the general principles of AR treatment, approaches to emergency symptomatic therapy using a combined intranasal drug Vibrocil (dimethindene + phenylephrine). The paper provides recommendations for the management of patients with allergic rhinitis in the district covered by child health care.

Keywords: allergic rhinitis, children, clinical guidelines, diagnosis, therapy, follow-up.

Ринит является одним из наиболее частых синдромов респираторных заболеваний, поэтому для любого специалиста первичного звена чрезвычайно важно иметь представление о его этиологических вариантах (табл. 1).

Несмотря на то что в этиологической структуре преобладают риниты инфекционной этиологии, своевременное выявление аллергического варианта заболевания чрезвычайно актуально с учетом принципиальных отличий в терапии, противорецидивном лечении и дальнейшем ведении пациента. Вместе с тем специалисты в области педиатрии, аллергологии, оториноларингологии нередко обращают внимание на проблему запоздалой диагностики АР у детей, неадекватную консервативную терапию, необоснованное хирургическое вмешательство, что снижает качество жизни пациентов, приводит к ятрогенным и другим последствиям (развитие осложнений со стороны ЛОР-органов, увеличение риска формирования бронхиальной астмы) [2].

Известно, что по поводу острых симптомов ринита пациенты детского возраста обращаются, прежде всего, к участковому педиатру. В ходе первичного осмотра врач должен установить предварительный диагноз [3]. Для выполнения этой задачи необходимо знать особенности клинических симптомов и данных анамнеза, позволяющие сделать предположение об аллергическом характере болезни. На первичном приеме необходимо составить план обследования и план лечения на основе стандарта медицинской помощи и клинических рекомендаций по

заболеванию [1, 3–5]. Клинический диагноз должен быть установлен в течение 10 дней [3]. Если АР уже был диагностирован ранее и пациент обратился с очередным обострением, то успеть в установленные сроки провести дифференциальную диагностику со сходной патологией и установить клинический диагноз вполне реально. Другое дело манифестация заболевания – с учетом организационной составляющей (предположение педиатра об АР на основе характерных симптомов, направление на плановую консультацию к оториноларингологу и аллергологу, проведение аллергологического и другого обследования) окончательная диагностика может потребовать

Таблица 1. Этиологическая структура ринитов у детей
[Цит по: 1, с изм.]

Этиологический вариант ринита	Этиологические факторы
Аллергический	Сенсибилизирующие аллергены неинфекционной природы (домашняя пыль, пыльца аллергенных растений, эпидермис животных и др.)
Инфекционный	Возбудители инфекционных заболеваний (вирусы, бактерии, крайне редко – простейшие/грибы)
Неаллергический неинфекционный	Воздействие раздражителей (например, табачный дым) Лекарственно-индуцированный вариант (прием β-блокаторов, нестероидных противовоспалительных средств, контрацептивов) Вазомоторный (идиопатический) вариант

Таблица 2. Проявления аллергического ринита у детей [1]

Симптомы	Возраст		
	дошкольный	школьный	подростковый
Основные	Ринорея – прозрачное отделяемое Зуд – потирание носа, жест аллергия, носовая складка аллергия, иногда сопровождается зудом неба и глотки Чихание Заложенность носа – дыхание через рот, храп, апноэ, аллергические круги под глазами		
Возможные дополнительные	Боль в ушах при изменении давления (например, при полете) вследствие дисфункции евстахиевых труб Снижение слуха при хроническом среднем отите		
	Кашель Нарушение сна – усталость, низкая успеваемость в школе, раздражительность Продолжительные и частые инфекции дыхательных путей Плохой контроль над астмой		Головная боль, боль в лице, запах изо рта, кашель, гипо- и anosmia при риносинусите

более длительного времени. Не редки случаи, когда от первых симптомов до постановки окончательного диагноза проходит несколько лет [6].

Для поддержки ежедневных диагностических и терапевтических решений есть актуальные клинические рекомендации и алгоритмы ведения детей с АР [1, 2, 4]. Несмотря на то что они разработаны разными профессиональными ассоциациями детских врачей, изложенные в них рекомендации не противоречат друг другу, согласованы с аллергологами и оториноларингологами, а отличаются лишь по наличию или отсутствию детальной информации об отдельных аспектах медицинской помощи. Важно знать, что официальные полнотекстовые версии клинических рекомендаций обычно размещаются на сайтах профессиональных ассоциаций: для педиатров - на сайте Союза педиатров России [7].

ОПРЕДЕЛЕНИЕ И ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

Аллергический ринит – обусловленное иммуноглобулином Е (IgE) воспалительное заболевание слизистой оболочки носа, связанное с воздействием sensibilizing (причинно-значимого) аллергена и проявляющееся как минимум двумя симптомами – чиханием, зудом, ринореей или заложенностью носа [8]. В реальной клинической практике с АР встречается каждый педиатр. Его распространенность в России, по данным эпидемиологических исследований, может достигать 20% и более [2]. В возрастной группе до 5 лет распространенность симптомов невысокая [4]. Манифестация АР у детей нередко отмечается в возрасте 6–9 лет [6,9]. Характерно увеличение его распространенности к подростковому возрасту [10, 11].

АНАМНЕЗ И КЛИНИЧЕСКИЕ СИМПТОМЫ В ДИАГНОСТИКЕ АЛЛЕРГИЧЕСКОГО РИНИТА

Обычно пациенты предъявляют жалобы на четыре основных клинических симптома – ринорею, зуд, чихание и заложенность носа (табл. 2). С учетом современных представлений для постановки диагноза аллергического ринита необходимо выявить по крайней мере два из четырех.

Сочетание симптомов может зависеть от вида аллергена и продолжительности контакта с ним. Так, при бытовой аллергии более характерна длительная заложенность носа. При пыльцевом АР зуд и чихание выявляются в 63 и 71% случаев соответственно, тогда как при инфекционном рините зуд не характерен, а чихание имеется лишь у 4% пациентов, что может помочь педиатру в первичной оценке симптомов [12].

Дополнительные признаки (табл. 2) развиваются при распространении аллергического воспаления на область ротоглотки, уха, носовых пазух, нижних отделов респираторного тракта; возможно развитие общих неспецифических симптомов (головная боль, общее недомогание).

Повторяемость клинических эпизодов зависит от особенностей контакта с причинно-значимым аллергеном: симптомы могут быть эпизодическими (например, только при случайном контакте с животными в случае эпидермальной сенсибилизации), постоянными (при бытовой сенсибилизации к домашней пыли или плесеням жилища) или сезонными. Так, при АР на пыльцу в анамнезе характерна весенне-летняя сезонность обострений, связанная с периодами выделения причинно-значимых пыльцевых аллергенов (табл. 3).

Нередко пациенты с сезонными респираторными жалобами (без подъема температуры и при отсутствии интоксикации) наблюдаются у педиатра по поводу частых продолжительных острых респираторных заболеваний с неадекватным ответом на традиционную противомикробную терапию. Правильно собранный семейный и аллергологический анамнез при ревизии диагноза помогает обосновать необходимость дифференциальной диагностики с аллергическим ринитом: педиатр должен уточнить сведения о наличии аллергопатологии у родственников и самого пациента, оценить характер, частоту, продолжительность и повторяемость симптомов и их провоцирующих факторов, наличие/отсутствие сезонности

Таблица 3. Сезоны пыления аллергенных растений средней полосы России [13]

Календарный период	Аллергенные растения
Апрель – май	Деревья (береза, ольха, орешник, дуб и др.)
Июнь – середина июля	Злаковые (луговые) травы (тимофеевка, овсяница, мятлик, ежа и др.), культурные злаки (рожь, пшеница, ячмень и др.)
Середина июля – сентябрь (октябрь)	Сложноцветные (подсолнечник, полынь, амброзия) и маревые (лебеда)

обострений, ответ на терапию. Следует обратить внимание на типичные синдромы, связанные с продолжительным персистированием характерных для аллергии проявлений болезни: «аллергический салют» – потирание кончика носа при зуде и формирование при этом поперечной складки в нижней трети спинки носа; «аллергическое лицо» – темные круги под глазами и нарушение развития лицевого скелета при длительной обструкции (нарушение прикуса, дугообразное небо, уплощение моляров) [1].

ЛАБОРАТОРНАЯ И ИНСТРУМЕНТАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА

Педиатр может назначить рутинный общий анализ крови (для диагностики аллергического или инфекционного типа воспалительной реакции). Следует обратить внимание, что определение общего IgE в сыворотке крови имеет низкую диагностическую значимость и не рекомендуется для широкого использования [4]. Возможна локальная продукция IgE в слизистой оболочке носа без системного ответа (энтопия), ее распространенность достигает 25% [2, 14, 15].

При подозрении на аллергический ринит необходимо направить пациента к оториноларингологу для риноскопического (описание состояния слизистой оболочки) и – по показаниям – эндоскопического исследования полости носа и носоглотки (дифференциальная диагностика других причин назальной обструкции). В ряде случаев при лечении пациента по поводу затяжного течения инфекционного ринита оториноларинголог обращает внимание на отсутствие адекватного ответа при традиционной противомикробной терапии или на особенности риноскопической картины, что является поводом для направления ребенка к аллергологу.

Аллергический ринит – обусловленное иммуноглобулином E (IgE) воспалительное заболевание слизистой оболочки носа, связанное с воздействием сенсибилизирующего (причинно-значимого) аллергена и проявляющееся как минимум двумя симптомами – чиханием, зудом, ринореей или заложенностью носа

Задача аллерголога – специфическое обследование для установления аллергена (кожное тестирование с аллергенами или определение в сыворотке крови специфических IgE). При выявлении сенсибилизации врач должен дать рекомендации по элиминации (устранению контакта с аллергеном), подобрать медикаментозную терапию, оценить показания к аллергенспецифической иммунотерапии (АСИТ).

Таким образом, диагноз АР устанавливается при совместной диагностической работе педиатра, отоларинголога и аллерголога на основании характерных данных анамнеза, типичных клинических симптомов, подтвержденного аллергического характера воспаления, при исключении других возможных причин развития болезни.

КАК СФОРМУЛИРОВАТЬ ДИАГНОЗ

При подозрении на АР педиатр может поставить предварительный диагноз: аллергический ринит неуточненный (код по МКБ – J30.4). Клинический диагноз по результатам обследования может быть более полным. В современной классификации АР выделяется:

- по частоте эпизодов болезни интермиттирующий вариант (меньше 4 дней в неделю с симптомами или меньше 4 нед. в году) или персистирующий (больше 4 дней в неделю с симптомами или больше 4 нед. в году);
- по степени тяжести – легкое течение (незначительные симптомы; нормальный сон; нормальная повседневная активность, занятия спортом, отдых; не мешает учебе в школе или профессиональной деятельности), средней тяжести или тяжелое (мучительные симптомы; нарушение сна и/или нарушение повседневной активности, невозможность занятий спортом, нормального отдыха; нарушения профессиональной деятельности или учебы в школе);
- по наличию симптомов к моменту осмотра – обострение или ремиссия [4].

Пример полного диагноза: аллергический ринит персистирующий, средней тяжести, обострение (пыльцевая сенсибилизация) (по МКБ – J30.1).

ЛЕЧЕНИЕ АЛЛЕРГИЧЕСКОГО РИНИТА

Комплексная программа терапии должна включать мероприятия по ограничению контакта со значимыми аллергенами, медикаментозную терапию, АСИТ (при наличии показаний) и обязательное обучение пациента.

Элиминационные мероприятия подбираются индивидуально по результатам аллергообследования с целью максимально возможного разобщения пациента с «виновными» аллергенами. Важно объяснить ребенку и его семье, что, с одной стороны, любые ограничения режима, диеты или привычного образа жизни потребуют усилий, внимательного отношения, последовательного выполнения; с другой стороны – даже частичное ограничение контакта с аллергеном может существенно облегчить состояние ребенка, уменьшить потребность в медикаментозной терапии. Письменные рекомендации всегда эффективнее устных, поэтому наиболее рационально дать пациенту памятку с доступной информацией о сути заболевания и правилах проведения элиминационных мероприятий с учетом вида аллергии (отдельно для бытовой аллергии, пыльцевой и т. д.). Эта информация, как правило, включается в структуру современных клинических рекомендаций в виде приложений и доступна для копирования [2, 4].

Одним из приемов элиминации аллергена может быть ирригационная терапия – промывание полости носа или ее орошение солевыми растворами. Особенно это актуально для пациентов, имеющих ограничения по использованию медикаментозных препаратов, например дети раннего возраста или кормящие матери (например, комплекс для гигиены полости носа Отривин Бэби).

Разрабатываются барьерные методы, основанные на создании защитного стабилизирующего слоя на поверх-

ности слизистой оболочки, препятствующего проникновению аллергенов (Назаваль, Превалин, Аква-Марис с эктоином).

Медикаментозное лечение основано на принципе пошагового усиления терапии от 1-й степени при легком течении АР (монокомпонентная терапия с помощью противоаллергических препаратов, не относящихся к стероидам) до 3-й и 4-й степени при тяжелом течении, когда интраназальные кортикостероиды (КС) комбинируются с препаратами других групп (рис.).

Антигистаминные неседативные препараты II поколения являются базовой терапией АР и используются практически на всех ступенях лечения в пероральной (лоратадин, дезлоратадин, цетиризин и др.) или интраназальной (азеластин, левокабастин) форме доставки. Они хорошо уменьшают зуд, чихание, ринорею, но менее эффективны при назальной обструкции [4]. Симптом заложенности носа наиболее эффективно снимается топическими КС (флутиказон, мометазон, будесонид, беклометазон), которые обязательно назначаются при средней тяжести или тяжелом течении заболевания. Антилейкотриеновый препарат (монтелукаст) может применяться как в монотерапии при легком течении АР, так и в комбинации с топическими КС. Интраназальные кромоны на основе натрия кромогликата обладают наиболее слабой противовоспалительной активностью и менее эффективны, чем антигистаминные, КС и антилейкотриеновые. Кромоны требуют многократного нанесения на слизистую (до 6 раз в день), поэтому для их применения характерен низкий комплаенс [2].

В качестве неотложной помощи при лечении аллергического ринита нередко назначают дегонгестанты коротким курсом (на 3–5 дней) для уменьшения сильной заложенности носа и/или для улучшения доставки других препаратов. Следует учесть, что они не оказывают влияние на зуд и чихание.

В рутинной клинической практике на первичном приеме педиатр не всегда может сразу определить этиологию ринита. Учитывая, что наиболее часто дифференциальная диагностика идет между инфекционным и аллергическим вариантом заболевания, при необходимости быстрого облегчения состояния в острую фазу ринита предпочтение можно отдать комбинированному препарату для интраназального применения, который содержит деконгестант фенилэфрин в сочетании с антигистаминным средством диметинденом (Виброцил).

При подозрении на аллергический ринит необходимо направить пациента к оториноларингологу для риноскопического (описание состояния слизистой оболочки) и – по показаниям – эндоскопического исследования полости носа и носоглотки (дифференциальная диагностика других причин назальной обструкции)

Виброцил капли назальные удобно назначать детям: от 1 года до 6 лет по 1–2 капли в каждый носовой ход 3–4 раза в день, от 6 лет по 3–4 капли соответственно. Симпатомиметическое средство фенилэфрин в составе Виброцила при местном применении оказывает сосудосуживающее действие на счет стимуляции альфа1-адренорецепторов венозных сосудов слизистой оболочки носа, устраняет отек слизистой носа и придаточных пазух. Антагонист гистаминовых H1-рецепторов диметинден оказывает противоаллергическое действие, не снижая активности мерцательного эпителия слизистой. Оценка эффективности и безопасности 5–10-дневного применения Виброцила у пациентов с аллергическим и инфекционным ринитом легкой и средней степени тяжести продемонстрировала существенное снижение назаль-

Рисунок. Терапия аллергического ринита [Цит по: 2]

Иммунотерапия			
контроль окружающей среды			
ступени терапии			
1	2	3	4 (только специалисты)
один из: <ul style="list-style-type: none"> • антигистамины орально • антигистамины интраназально • кромоглин/недокромил интраназально • АЛР 	один из: <ul style="list-style-type: none"> • КС интраназально • антигистамины орально • антигистамины интраназально • кромоглин/недокромил интраназально • АЛР 	комбинация и/н КС с одним или более из: <ul style="list-style-type: none"> • антигистамины орально • антигистамины интраназально • АЛР 	рассмотреть омализумаб (нет доказательств) рассмотреть хирургическое лечение конкурентной патологии
неотложная помощь			
деконгестанты (орально/интраназально) антихолинергетики интраназально			кортикостероиды орально
Пересмотреть диагноз, или коморбидные состояния, или анатомические аномалии перед переходом на следующую ступень			

ной обструкции у 90% детей с АР и 84% – с инфекционным [16]. Установлено, что применение Виброцила, помимо ослабления симптомов обструкции, позволяет уменьшить продолжительность использования системных антигистаминных препаратов, снизить риск осложнения [16, 17]. Ни в одном исследовании не было отмечено побочных эффектов.

ЗАДАЧИ ПО ДИСПАНСЕРНОМУ НАБЛЮДЕНИЮ ПАЦИЕНТА С АЛЛЕРГИЧЕСКИМ РИНИТОМ

Необходима преемственность в работе педиатра, аллерголога и оториноларинголога. Основная задача участкового педиатра – своевременно направить пациента с предположительным диагнозом АР к специалистам.

При установленном диагнозе АР педиатр должен уметь проводить контроль назначенной аллергологом элиминации и медикаментозной терапии, определять показания для повторного обследования при тяжелом течении заболевания или неэффективности терапии. Если аллергологом рекомендована АСИТ, педиатр должен согласовывать необходимость и возможность вакцинации, постановки пробы Манту и/или диаскин-теста. Кратность наблюдения педиатром при обострении – 1 раз в 5–7 дней, вне обострения – 1 раз в 6 мес. Кратность наблюдения аллергологом – вне обострения 1 раз в 3–6 мес., во время курсов АСИТ – в зависимости от метода проведения [2].



Конфликт интересов: авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов в ходе написания данной статьи.

ЛИТЕРАТУРА

- Аллергология и иммунология. Под ред. А.А. Баранова и Р.М. Хаитова: Союз педиатров России и др. 4-е изд., испр. и доп. М.: ПедиатрЪ, 2018. (Клинические рекомендации для педиатров). /Allergology and immunology. Edited by Baranova AA and Haitova RM: Union of Paediatricians of Russia, etc. 4th ed., Rev. and add. M.: Pediatric, 2018. (Clinical guidelines for paediatricians).
- РАДАР. Аллергический ринит у детей: рекомендации и алгоритмы при детском аллергическом рините. М.: Оригинал-макет, 2015. RADAR. Allergic rhinitis in children: recommendations and algorithms in children's allergic rhinitis. M.: Original layout, 2015.
- Приказ Минздрава России от 10.05.2017 г. №203н «Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи». Режим доступа: <http://www.consultant.ru/cons/cgi/online.cgi?req=doc&base=LAW&n=216975&fld=134&dst=1000000001,0&md=0.07430879305950655#09939654170170635>. /Order of the Ministry of Health of Russia No. 203n On The Approval of Criteria for Assessing the Quality of Care of May 10, 2017 Access mode: <http://www.consultant.ru/cons/cgi/online.cgi?req=doc&base=LAW&n=216975&fld=134&dst=1000000001,0&md=0.07430879305950655#09939654170170635>.
- Аллергический ринит у детей. Клинические рекомендации Союза педиатров России, Российской ассоциации аллергологов и клинических иммунологов, 2016. Режим доступа: http://www.pediatr-russia.ru/sites/default/files/file/kr_ar.pdf. Allergic rhinitis in children. Clinical guidelines of the Union of Paediatricians of Russia, Russian Association of Allergologists and Clinical Immunologists, 2016. Access mode: http://www.pediatr-russia.ru/sites/default/files/file/kr_ar.pdf.
- Приказ Минздрава России от 22.11.2004 г. №228 «Об утверждении стандарта медицинской помощи больным аллергическим ринитом». Order of the Ministry of Health and Social Development of Russia No. 228 On the Approval of the Medical Care Standard for Patients with Allergic Rhinitis of November 22, 2004
- Мальгина К.В., Минаева Н.В., Корюкина И.П., Комарова Е.В.. Особенности анамнеза и клиническая характеристика поллинозов у детей. *Пермский медицинский журнал*, 2010, 5: 5-10. Malygina KV, Minaeva NV, Koryukina IP, Komarova EV. Peculiarities of the anamnesis and clinical characteristics of pollinosis in children. *Permskiy Meditsinskiy Zhurnal*, 2010, 5: 5-10.
- <http://www.pediatr-russia.ru/news/recomend>.
- Global atlas of allergy. Editors: CA Akdis, I Agache. Published by the European Academy of Allergy and Clinical Immunology, 2014. 388 p. Access mode: <http://www.eaaci.org/globalatlas/GlobalAtlasAllergy.pdf>
- Балаболкин И.И., Корюкина И.П., Ксендзова Л.Д. Поллинозы у детей. М.: Медицинская книга, 2004. Balabolkin II, Koryukina IP, Ksendzova LD. Pollinosis in children. M.: The Medical book, 2004.
- Буйнова С.Н. Десятилетняя динамика распространенности аллергического ринита у детей в городе Иркутске. *Медицинский совет*, 2015, 15: 59-61. Buynova SN. Ten-year dynamics of the prevalence of allergic rhinitis in children in the city of Irkutsk. *Meditsinskiy Sovet*, 2015, 15: 59-61.
- Гайдук И.М., Коростовцев Д.С., Шапорова Н.Л., Трусова О.В., Брейкин Д.В. Эпидемиология аллергического ринита, бронхиальной астмы в детской популяции. *Российская оториноларингология*, 2012, 5(60): 37-41. Gaiduk IM, Korostovtsev DS, Sharopova NL, Trusova OV, Breykin DV. Epidemiology of allergic rhinitis, bronchial asthma in the children's population. *Rossiyskaya otorinolaringologiya*, 2012, 5 (60): 37-41.
- Минаева Н.В., Купман Н.А., Ясницкий Л.Н., Ширяева Д.М. Нейросетевая система диагно-
- стики аллергического и инфекционного ринита у детей. *Пермский медицинский журнал*, 2015, 4: 63-67. Minaeva NV, Kupman NA, Yasnitsky LN, Shiryayeva DM. Neural network diagnosis of allergic and infectious rhinitis in children. *Permskiy Meditsinskiy Zhurnal*, 2015, 4: 63-67.
- Аллергические риноконъюнктивит у детей. Под ред. Г.Д. Тарасовой. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2017. Allergic rhinoconjunctivitis in children. Edited by Tarasova GD. Moscow: GEOTAR-Media, 2017.
- Коростовцев Д.С., Галенко Л.А., Трусова О.В., Камаев А.Б., Макарова И.В. Атопические заболевания без системной сенсibilизации. *Российский аллергологический журнал*, 2014, 5: 14-20. Korostovtsev DS, Galenko LA, Trusova OV, Kamaev AB, Makarova IV. Atopic diseases without systemic sensitization. *Rossiyskiy Allergologicheskiy Zhurnal*, 2014, 5: 14-20
- Powe DG, Jagger C, Kleinjan A, Carney AS, Jenkins D, Jones NS. «Entopy»: localized mucosal allergic disease in the absence of systemic responses for atopy. *Clin Exp Allergy*, 2003, 33: 1374–1379.
- 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, 21(2): 62-27. Geppe NA, Starostina LS, Batyreva OV, Farber IM, Ozerskaya IV, Malyavina US. Rhinitis in children: a modern view of paediatrician. Approach to decongestant therapy. *BC*, 2013, 21 (2): 62-27.
- Карпова Е.П., Соколова М.В. Терапия острого ринита при острых респираторных инфекциях у детей с аллергическим ринитом. *Справочник поликлинического врача*, 2010, 11: 38–42. /Карпова ЕР, Sokolova MV. Therapy of acute rhinitis in acute respiratory infections in children with allergic rhinitis. *Spravochnik Poliklinicheskogo Vracha*, 2010, 11: 38-42.

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ:

Минаева Наталья Витальевна – д.м.н., профессор кафедры педиатрии факультета дополнительного профессионального образования ФГБОУ ВО ПГМУ им. академика Е.А. Вагнера Минздрава России

Корюкина Ирина Петровна – д.м.н., профессор, заведующая кафедрой педиатрии факультета дополнительного профессионального образования ФГБОУ ВО ПГМУ им. академика Е.А. Вагнера Минздрава России