

## **ВЕСЕННЯЯ АТАКА ПЫЛЬЦЫ. ЧЕГО НАДО БОЯТЬСЯ?**

Василевский И.В.

Белорусский государственный медицинский университет, Минск

Из-за аномально теплой зимы в Беларуси начало сезонной аллергии, как сообщают специалисты, прогнозируется как минимум на месяц раньше обычного. Сезонная аллергия, связанная с неблагоприятным воздействием на организм человека пыльцы различных растений, является, прежде всего, причиной аллергического ринита. Аллергический ринит (АР) — заболевание, характеризующееся IgE-опосредованным воспалением слизистой оболочки полости носа (которое развивается под действием аллергенов). АР часто сочетается с другими аллергическими заболеваниями, такими как аллергический конъюнктивит, атопический дерматит, бронхиальная астма (БА) и рассматривается как фактор риска развития БА.

Основным этиологическим фактором АР является пыльца растений. АР в сочетании с аллергическим конъюнктивитом (рино-конъюнктивальный синдром), обусловленный сенсibilизацией (повышенной чувствительностью) к аллергенам ветроопыляемых растений, носит название поллиноза, или сенной лихорадки. Для каждого региона существует свой календарь пыления (цветения) растений, который зависит от климато-географических особенностей. Для Беларуси, как и для средней полосы России, выделяют три основных периода цветения аллергенных растений: весенний (апрель-май) связан с пылением деревьев (береза, ольха, орешник, дуб и др.); ранний летний (июнь — середина июля) связан с цветением злаковых или луговых трав (тимофеевка, овсяница, ежа, райграс, костер, рожь, мятлик и др.); поздний летний — осенний (середина июля — сентябрь) связан с цветением сорных — сложноцветных (подсолнечник, полынь, амброзия), крапивных (крапива) и маревых (лебеда) — растений [1]. АР — это частый симптом пищевой аллергии у пациентов с поражением различных органов. У пациентов с поллинозом часто развиваются нежелательные реакции после приема растительных продуктов. Тяжесть симптомов такой пыльцево-пищевой аллергии варьирует от развития местных реакций в виде орального аллергического синдрома (покалывание во рту, глотке, местный отек в полости рта) до тяжелой системной анафилаксии. АР по механизму развития относится к аллергическим реакциям немедленного типа (IgE-опосредованная реакция).

В зависимости от этиологического фактора выделяют сезонный (САР), круглогодичный/бытовой (КАР) или профессиональный АР. По характеру течения выделяют: интермиттирующий АР — симптомы беспокоят менее 4 дней в неделю или менее 4 нед в году; персистирующий АР — симптомы беспокоят более 4 дней в неделю и более 4 нед в году. По степени тяжести выделяют: легкая степень — у пациента имеются слабовыраженные симптомы ринита, которые не нарушают дневную активность и сон; средняя степень — симптомы ринита препятствуют работе, учебе, занятиям спортом, нарушают сон пациента; тяжелая степень — симптомы значительно ухудшают качество жизни пациента, который в отсутствие терапии не может нормально работать, учиться, заниматься спортом; значительно нарушается ночной сон. Существуют стадии заболевания: обострение; ремиссия.

АР проявляется следующими основными симптомами [1,2]:

- заложенность носа (обструкция), характерное дыхание ртом, сопение, храп, изменение голоса;
- ринорея (водянистые выделения из носа);
- чихание (нередко приступообразное, чаще в утренние часы, пароксизмы чихания могут возникать спонтанно);
- зуд, реже — чувство жжения в носу (иногда сопровождается зудом неба и глотки); зуд носа может проявляться характерным симптомом — «аллергическим салютом» (постоянное почесывание кончика носа с помощью ладони движением снизу вверх), в результате чего у части пациентов появляются поперечная носовая складка, расчесы, царапины на носу;
- снижение обоняния (на поздних стадиях ринита).

Дополнительные симптомы АР развиваются вследствие обильного выделения секрета из носа, нарушения дренирования околоносовых пазух и проходимости слуховых труб:

- раздражение, отечность, гиперемия кожи над верхней губой и у крыльев носа;
- носовые кровотечения вследствие форсированного сморкания и травматичного туалета носа;
- боль в горле, покашливание (проявления сопутствующего аллергического фарингита, ларингита);

- боль и треск в ушах, особенно при глотании; нарушение слуха (проявления аллергического тугоухости).

Общие неспецифические симптомы, наблюдаемые при АР:

- слабость, недомогание, раздражительность;
- головная боль, повышенная утомляемость, нарушение концентрации внимания;
- нарушение сна, подавленное настроение;
- редко — повышение температуры.

У пациентов с САР наиболее частые симптомы — приступообразное чихание, зуд в носу и ринорея. Помимо классических симптомов АР, нередко отмечаются общее недомогание, головная боль, боль в ухе, снижение слуха, нарушение обоняния, носовые кровотечения, першение в горле, кашель, глазные симптомы. Пациенты с САР нередко отмечают синдром перекрестной пищевой непереносимости (оральный аллергический синдром — при употреблении в пищу в основном свежих фруктов и овощей, орехов и семян), симптомы которого имеют различные клинические проявления — от легкого зуда во рту до развития анафилаксии. У пациентов с круглогодичным аллергическим ринитом (КАР), причиной которого являются аллергены домашней пыли, шерсти животных, определенных продуктов питания, ведущими симптомами являются заложенность носа, выраженное затруднение носового дыхания, выделения из носа слизистого характера [1].

Диагноз АР устанавливается на основании анализа аллергологического анамнеза, характера клинических симптомов и результатов специфического аллергологического обследования пациента. У пациента с подозрением на АР необходимо собрать анамнез и жалобы при болезнях верхних дыхательных путей с целью подтверждения диагноза, определения степени тяжести и выявления факторов, которые могут повлиять на выбор тактики лечения.

Повышение уровня эозинофилов в анализе крови возможно в период обострения АР. Вместе с тем, эозинофилия периферической крови может иметь другие причины (паразитарные инвазии, грибковая инфекция и др.). Нормальный уровень эозинофилов периферической крови не является доказательством отсутствия аллергического заболевания. Необходимо также учитывать, что на данный параметр влияет прием некоторых медикаментов (прием антигистаминных средств системного действия, антагонистов лейкотриеновых рецепторов и глюкокортикоидов системного действия).

может приводить к снижению уровня эозинофилии периферической крови). Следует помнить, что повышение уровня маркеров бактериального воспаления (лейкоцитоз, сдвиг лейкоцитарной формулы влево) является поводом для поиска очага инфекционного воспаления, в первую очередь, острого риносинусита [2].

Какая же тактика ведения пациентов при установленном диагнозе АР? Что при этом надо знать медицинским работникам? Прежде всего, необходимо достижение полного контроля симптомов АР. К основным принципам лечения АР относят: элиминационные мероприятия; медикаментозную терапию; АСИТ (аллерген-специфическую иммунотерапию). По возможности необходимо устранить или уменьшить влияние причинно-значимых аллергенов. В сухую погоду рекомендовано чаще принимать душ, дома проводить влажную уборку, при необходимости проведения работ в загородной местности использовать респиратор или маску.

Всем пациентам с АР рекомендуется назначение антигистаминных средств системного действия без седативного эффекта (последнего поколения) с целью уменьшения зуда в полости носа, чихания, ринореи, заложенности носа. Антигистаминные препараты последнего поколения имеют преимущественные особенности следующего характера:

- отсутствие седативного эффекта;
- селективное воздействие на H<sub>1</sub>-рецепторы;
- быстрое наступление клинического эффекта;
- эффективность в течение 24 ч и более;
- отсутствие тахифилаксии (привыкания);
- высокий уровень безопасности;
- отсутствие клинически значимых взаимодействий с пищей, лекарственными препаратами;
- не являются субстратами транспортных белков;
- отсутствие взаимодействия с системой цитохромов P4503A (CYP3A) печени;
- отсутствие кардиотоксичности.

Отдельные антигистаминные препараты второго поколения различаются по фармакодинамике и фармакокинетике, способности проникать через гематоэнцефалический барьер и вызывать седацию (более выражено у цетиризина в зависимости от дозы) и, возможно, по способности подавлять действие провоспалительных медиа-

торов, участвующих в развитии аллергической реакции [3]. В таблице 1 представлены основные антигистаминные препараты второго поколения, рекомендуемые при лечении АР.

Таблица 1.

Основные антигистаминные препараты второго поколения, рекомендуемые при лечении АР (адаптировано по [2,3])

Лекарственный препарат	Способ применения
Лоратадин	Детям в возрасте от 2 до 12 лет при массе тела 30 кг и менее — по 5 мг 1 раз в сутки, при массе тела более 30 кг — 10 мг 1 раз в сутки; взрослым и подросткам старше 12 лет — по 10 мг 1 раз в сутки.
Цетиризин	Детям в возрасте от 6 до 12 мес — по 2,5 мг 1 раз в сутки; детям в возрасте от 1 года до 2 лет — по 2,5 мг 2 раза в сутки; детям в возрасте от 2 до 6 лет — по 2,5 мг 2 раза в сутки или 5 мг 1 раз в сутки; взрослым и детям старше 6 лет — по 5–10 мг 1 раз в сутки.
Эбастин	Взрослым и подросткам старше 12 лет — по 10–20 мг 1 раз в сутки (существует сублингвальная быстродиспергируемая форма).
Биластин	Взрослым и подросткам старше 12 лет — по 20 мг 1 раз в сутки.
Рупатадин	Взрослым и подросткам старше 12 лет — по 10 мг 1 раз в сутки.
Дезлоратадин	Детям в возрасте от 6 до 12 мес — по 1 мг 1 раз в сутки; детям в возрасте с 1 года до 5 лет — по 1,25 мг 1 раз в сутки; детям в возрасте от 6 до 11 лет — по 2,5 мг 1 раз в сутки; взрослым и подросткам от 12 лет — по 5 мг 1 раз в сутки.
Левоцетиризин	Детям в возрасте от 2 до 6 лет — по 1,25 мг 2 раза в сутки; взрослым и детям старше 6 лет — по 5 мг 1 раз в сутки.
Фексофенадин	Детям в возрасте от 6 до 11 лет — по 30 мг 2 раза в сутки; взрослым и подросткам старше 12 лет — по 120 мг 1 раз в сутки.

Примечание: Не рекомендуется пациентам с АР назначать антигистаминные средства системного действия с седативным эффектом (первого поколения) по причине возникновения после их приема выраженных нежелательных явлений.

Пациентам с АР с целью быстрого уменьшения выраженности основных симптомов АР могут быть назначены интраназальные антигистаминные препараты в

качестве монотерапии и в комбинации с другими лекарственными средствами. Данный класс препаратов характеризуют быстрое начало действия (в течение первых 30 мин) и высокий профиль безопасности. В таблице 2 представлены интраназальные антигистаминные препараты, рекомендуемые при лечении АР.

Таблица 2.

Интраназальные антигистаминные препараты, рекомендуемые при лечении АР  
(адаптировано по [2,3])

Лекарственный препарат	Способ применения
Азеластин спрей назальный дозированный	Взрослым и детям старше 6 лет — по 1 дозе (0,14 мг/0,14 мл) в каждый носовой ход 2 раза в сутки. При необходимости взрослым и детям старше 12 лет — по 2 дозы (0,28 мг/0,28 мл) в каждый носовой ход 2 раза в сутки. Применяется до прекращения симптомов и подходит для продолжительного применения, но не более 6 мес.
Левакабастин спрей назальный дозированный	Взрослым и детям старше 6 лет — по 2 дозы (100 мкг) в каждый носовой ход 2 раза в сутки, при более выраженных симптомах возможно использование 3–4 раза в сутки. При отсутствии клинического эффекта через 3 дня применение препарата прекращается. При наличии клинического эффекта применяется до прекращения симптомов.

Пациентам со средним, среднетяжелым и тяжелым течением АР, особенно с выраженной назальной обструкцией, врач общей практики или аллерголог может назначить назальные препараты кортикостероидов с целью уменьшения заложенности носа, зуда в полости носа, чихания, ринореи. Задача медицинских работников со средним образованием, помощников врачей, состоит в том, чтобы проинструктировать пациентов в правильном использовании назначенных лекарственных препаратов, включая ингаляционные кортикостероиды. Интраназальные глюкокортикостероиды превосходят по силе действия антигистаминные средства. В таблице 3 представлены интраназальные препараты кортикостероидов, используемые при лечении АР.

Таблица 3.

Интраназальные глюкокортикостероиды, используемые при лечении АР.  
(адаптировано по [2])

Лекарственный препарат	Способ применения
Мометазон	Взрослым и детям старше 12 лет — по 2 дозы (100

спрей назальный дозированный	мкг) в каждый носовой ход 1 раз в сутки (200 мкг/сут). После достижения желаемого лечебного эффекта для поддерживающей терапии целесообразно уменьшение дозы до 1 (50 мкг) в каждый носовой ход 1 раз в сутки (100 мкг/сут). При необходимости суточная доза может быть увеличена до 4 доз (200 мкг) в каждый носовой ход 1 раз в день (400 мкг/сут). После уменьшения симптомов рекомендуется снижение дозы. Детям с 2 до 12 лет — по 1 дозе (50 мкг) в каждый носовой ход 1 раз в сутки (100 мкг/сут).
Флутиказона фураат спрей назальный дозированный	Взрослым и детям старше 12 лет — по 2 дозы (55 мкг) в каждый носовой ход 1 раз в сутки (110 мкг/сут). После достижения желаемого лечебного эффекта для поддерживающей терапии целесообразно уменьшение дозы до 1 (27,5 мкг) в каждый носовой ход 1 раз в сутки (55 мкг/сут). Детям с 2 до 12 лет — по 1 дозе (27,5 мкг) в каждый носовой ход 1 раз в сутки (55 мкг/сут). При необходимости доза может быть увеличена до 2 доз (55 мкг) 1 раз в сутки (110 мкг/сут). После достижения желаемого результата целесообразно уменьшение дозы до 1 (27,5 мкг) в каждый носовой ход 1 раз в сутки (55 мкг/сут).
Флутиказон (флутиказона пропионат) спрей назальный дозированный	Взрослым и детям старше 12 лет — по 2 дозы (100 мкг). После достижения желаемого лечебного эффекта для поддерживающей терапии целесообразно уменьшение дозы до 1 (50 мкг) в каждый носовой ход 1 раз в сутки (100 мкг/сут). Детям с 4 до 12 лет — по 1 дозе (50 мкг) в каждый носовой ход 1 раз в сутки (100 мкг/сут).
Будесонид спрей назальный дозированный	Взрослым и детям старше 6 лет — по 2 дозы (100 мкг) в каждый носовой ход 2 раза в сутки (400 мкг/сут). После достижения желаемого лечебного эффекта для поддерживающей терапии целесообразно уменьшение дозы до 1 (50 мкг) в каждый носовой ход 2 раза в сутки или по 2 дозы (100 мкг) в каждый носовой ход 1 раз в сутки (200 мкг/сут). Продолжительность применения не более 3 мес.
Беклометазон спрей назальный дозированный	Взрослым и детям старше 6 лет по 2 дозы (100 мкг) в каждый носовой ход 2 раза в сутки (400 мкг/сут). Максимальная суточная доза — 400 мкг/сут. После достижения желаемого лечебного эффекта для поддерживающей терапии целесообразно уменьшение дозы до 1 (50 мкг) в каждый носовой ход 2 раза в сутки.

В последние годы в международных согласительных документах по АР пациентам с АР любой степени тяжести рекомендовано назначение антилейкотриеновых лекарственных препаратов, в частности, монтелукаста с целью повышения эффективности проводимого лечения антигистаминными препаратами и уменьшения дозировки ингаляционных глюкокортикоидов. За счет специфического связывания с цистеинил-лейкотриеновыми рецепторами монтелукаст подавляет воспаление слизистой оболочки носа и бронхов, спровоцированное аллергеном и неспецифическими триггерами, обладает выраженным противоаллергическим и противовоспалительным действием, эффективен как в подавлении симптомов, так и с целью профилактики симптомов АР.

Антилейкотриеновые лекарственные препараты могут применяться как в качестве монотерапии, так и в комплексной терапии АР. Монтелукаст назначается: детям в возрасте от 2 до 6 лет — по 4 мг (1 жевательная таблетка) 1 раз в сутки; детям в возрасте от 6 до 15 лет — по 5 мг (1 жевательная таблетка) 1 раз в сутки; взрослым и детям старше 15 лет — по 10 мг 1 раз в сутки. Длительность курсового лечения составляет от 1 до 3 мес и более. Важной особенностью антилейкотриеновых лекарственных препаратов является свойство препятствовать пролиферативным процессам при АР, в результате которых минимизируется возможность формирования полипов носа как результат персистирующего тяжелого течения АР.

При наличии выраженной назальной обструкции пациентам с АР (как и при воспалительных риносинуситах) назначаются деконгестанты (сосудосуживающие ЛС) с целью уменьшения заложенности носа. Главное правило, которое часто нарушается пациентами, это необходимый короткий курс приема указанных ЛС в пределах от 3 до 5 дней. Эта группа препаратов представлена оксиметазолином в виде спрея назального дозированного или каплями для носа. Взрослым и детям старше 6 лет — по 1–2 дозы 0,05% раствора в виде спрея в каждый носовой ход 2–3 раза в сутки. Детям от 1 года до 6 лет — по 1–2 капли 0,025% раствора в каждый носовой ход 2–3 раза в сутки. Младенцам до 4 нед — по 1 капле 0,01% раствора в каждый носовой ход 2–3 раза в сутки, с 5-й нед жизни и до 1 года — по 1–2 капли 0,01% раствора в каждый носовой ход 2–3 раза в сутки.

Кроме вышеуказанного, можно использовать ксилометазолин спрей назальный дозированный или капли для носа. Взрослым и детям старше 6 лет — по 1 дозе 0,1%

раствора в каждый носовой ход 1–3 раза в сутки. Детям от 2 до 6 лет — по 1 дозе 0,05% раствора в каждый носовой ход 1–2 раза в сутки. В последнее время широко применяют ирригационную терапию. Пациентам с АР рекомендуется использование препаратов для увлажнения, очищения и защиты слизистой оболочки носа — изотонических солевых растворов — с целью предотвращения контакта аэроаллергенов со слизистой оболочкой полости носа и снижения фармакологической нагрузки. Применение изотонического солевого раствора, в том числе препаратов на основе морской воды, способствует разжижению вязкой слизи, улучшению функции мерцательного эпителия, уменьшению экспозиции на поверхности слизистой оболочки носа пылевых частиц, аллергенов, оказывает увлажняющее действие [2].

АСИТ (аллерген-специфическая иммунотерапия) — основной метод патогенетического лечения связанных с IgE-опосредованным механизмом аллергических заболеваний, заключающийся во введении в организм пациента возрастающих доз аллергена, ответственного за клинические проявления заболевания. При этом в организме пациента формируются блокирующие антитела, уменьшающие влияние причинно-значимых аллергенов на организм. Эффективность АСИТ при АР выражается в уменьшении или полном отсутствии клинических симптомов. Данный метод лечения проводит врач-аллерголог. В связи с отсутствием доказательств положительного клинического влияния на течение АР не рекомендуется применение таких методов, как гомеопатия, фитотерапия [1].

Важным практическим вопросом являются особенности лечения аллергического ринита у беременных. Нельзя смешивать два понятия: 1) аллергический ринит и 2) ринит беременных. Ринит беременных — это заложенность носа, возникающая во время беременности, не сопровождающаяся признаками респираторной инфекции или аллергии и полностью проходящая в течение 2 нед после родов. Характеристика же АР подробно представлена выше. При использовании ЛС у беременных необходимо учитывать критерии риска для плода [4]. Согласно общепринятого положения выделяют следующие категории риска применения ЛС в данных ситуациях (классификация U.S. Food and Drug Administration - FDA). В таблице 4 представлены категории риска для плода при применении ЛС во время беременности по FDA.

Таблица 4.

Категории риска для плода применения ЛС при беременности (по FDA)

(адаптировано по [5])

Категория	Интерпретация
A	Контролируемые исследования показывают отсутствие риска. Адекватные, контролируемые исследования на беременных продемонстрировали отсутствие риска для плода в любом триместре беременности
B	Нет доказательств риска у людей. Адекватные, контролируемые исследования на беременных не показали увеличение риска для плода, несмотря на побочные эффекты у животных, или при отсутствии адекватных исследований на людях исследования на животных показывают отсутствие риска для плода. Шанс риска для плода минимальный, но возможный
C	Риск не может быть исключен. Адекватные, контролируемые исследования на людях недостаточны, исследования на животных показывают риск для плода или недостаточны. Существует шанс вреда для плода, но потенциальная польза может перевесить потенциальный риск
D	Существуют доказательства риска. Исследования на людях, исследовательские или постмаркетинговые данные демонстрируют риск для плода. Тем не менее потенциальная польза от приема препарата может перевесить потенциальный риск
X	Противопоказаны при беременности. Исследования на животных или людях, исследовательские или постмаркетинговые отчеты демонстрируют доказательства аномалий плода, или риск однозначно перевешивает пользу для пациентки

В медицинской практике обычно используют упрощенную трактовку классификации FDA: А – отсутствие риска; В («best» – лучшие) – нет доказательств риска; С («caution» – осторожность) – риск не исключен; D («dangerous» – опасные) – риск доказан; X – противопоказаны при беременности. В таблице 5 представлены литературные данные по характеристике ЛС для лечения аллергических заболеваний при беременности.

Таблица 5.

Характеристика ЛС для лечения аллергических заболеваний при беременности (категории риска для плода - FDA и TERIS-рейтинг) [6]).

ЛС	Категория риска FDA	TERIS-рейтинг (величина тератогенного риска / качество и количество данных)
<i>Антигистамины 1 поколения</i>		

Дифенгидрамин	В	Небольшой / от «достаточно» до «убедительны»
Клемастин	В	Небольшой / от «ограничены» до «достаточно»
Ципрогептадин	В	Нет контролируемых данных
Квифенадин	С	Нет контролируемых данных
Хлоропирамин	С	Нет контролируемых данных
Мебгидролин	С	Нет контролируемых данных
<b>Антигистамины 2 поколения</b>		
Лоратадин	В	Небольшой/«достаточно»
Цетиризин	В	Небольшой / от «ограничены» до «достаточно»
Левосетиризин	В	Нет контролируемых данных
Хлорфенирамин	В	Небольшой / от «достаточно» до «убедительны»
Деслоратадин	С	Нет контролируемых данных
Фексофенадин	С	Не определен / «очень ограничены»
Эбастин	С	Нет контролируемых данных
Диметинден	С	Нет контролируемых данных
Азеластин	С	Нет контролируемых данных
<b>Интраназальные глюкокортикостероиды</b>		
Будесонид	В	Небольшой / от «ограничены» до «достаточно»
Беклометазон	С	Небольшой / от «ограничены» до «достаточно»
Флютиказон	С	Нет контролируемых данных
Мометазон	С	Не определен / «ограничены»
Триамциналон	С	Нет контролируемых данных
<b>Деконгестанты</b>		
Оксиметазолин	С	Небольшой / от «ограничены» до «достаточно»
<b>Кромоны</b>		
Кромоглицеиновая кислота	В	Небольшой / от «достаточно» до «убедительно»
Недокромил	В	Не определен / «очень ограничены»
<b>Антилейкотриеновые ЛС</b>		
Монтелукаст	С	Минимальный / «очень ограничены»

Как видно из представленных данных (таблица 5) большинство препаратов, применяемых при аллергических заболеваниях, включая АР, относятся к группе С (существует шанс вреда для внутриутробного развития плода, но потенциальная польза

может перевесить потенциальный риск). В связи с указанным, у беременных женщин при наличии обострения АР целесообразно применять лекарственные препараты с категорией риска для плода В. При назначении терапии в период грудного вскармливания следует по возможности ограничиться ЛС для местного применения с минимальной системной биодоступностью. Все препараты для системного применения, используемые для лечения АР, проникают в грудное молоко, соответственно, при необходимости их назначения следует рассмотреть вопрос о возможном прекращении грудного вскармливания.

Заключая представленную информацию следует подчеркнуть, что проблема аллергического ринита является важной в практической работе медицинских работников всех уровней. Высокая распространенность АР, большой риск трансформации этого заболевания в бронхиальную астму, снижение качества жизни пациентов, требуют совершенствования наших знаний по эффективной ранней диагностике, профилактике и лечению одного из неблагоприятных аллергических заболеваний.

**Контактная информация:**

Василевский Игорь Вениаминович — д. м. н., профессор кафедры клинической фармакологии. Белорусский государственный медицинский университет.  
Пр. Дзержинского, 83, 220083, г. Минск.  
Сл. тел. +375 17 282-91-32.

**Участие авторов:**

Сбор информации и обработка материала: И. В. В.  
Написание статьи: И. В. В.  
Редактирование: И.В.В.

**Конфликт интересов отсутствует.**

Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Аллергология и иммунология: национальное руководство / под ред. Р.М. Хаитова, Н.И. Ильиной. — М.: ГЭОТАР-Медиа; 2009. — 656 с.
2. Астафьева Н.Г. Современные клинические рекомендации по ведению пациентов с аллергическим ринитом / Н.Г.Астафьева с соавт. // Педиатрическая фармакология. - 2024. - 21(4): 320–343.

3. Скепьян Е.Н. Клинико-фармакологические особенности применения антигистаминных лекарственных средств в практике педиатра: учеб.-метод. пособие / Е.Н.Скепьян, И.В.Василевский // Минск: БГМУ, 2015.- 36 с.
4. Василевский И.В. Применение антиаллергических лекарственных средств во время беременности: фокус на гестационную безопасность / И.В.Василевский // Здоровоохранение. Healthcare. - 2018.- № 7.- С. 15-25.
5. Tsogoeva L.M. Clinical pharmacotherapy of pregnant women (selected questions) / L.M. Tsogoeva // News of Medicine and Pharmacy / Reference book of the specialist .- 2009.- № 1-2.- С. 267- 268.
6. Drugs during Pregnancy and Lactation: Treatment Options and Risk Assessment, 2nd ed., by C. Schaefer, P.Peters, and R.K. Miller: Academic Press, 2007.

**(Опубликовано: Медицинские знания.- 2025. – №2. – С.2-7)**