

Аллергические заболевания и беременность

А. В. Клеменов, ORCID: 0000-0002-3403-0713, klemenov_av@list.ru

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования Приволжский исследовательский медицинский университет Министерства здравоохранения Российской Федерации; 603950, Россия, Нижний Новгород, пл. Минина и Пожарского, 10/1

Резюме. Аллергические реакции достаточно широко распространены у беременных. Наиболее частыми проявлениями аллергической реакции во время беременности являются: со стороны респираторного тракта – аллергический ринит и бронхиальная астма, со стороны кожи и подкожной клетчатки (аллергодерматозы) – крапивница, ангионевротический отек, атопический дерматит. Как правило, аллергия не влияет на течение беременности, а беременность не оказывает воздействия на аллергический процесс, однако аллергические реакции у беременных могут вызывать трудности, связанные с подбором фармацевтических препаратов. В статье обсуждаются практические вопросы ведения беременных с аллергическими заболеваниями. Уделяется внимание месту немедикаментозных методов: гипоаллергенной диете и энтеросорбентам при пищевой аллергии, применению спреев на основе солевых растворов при аллергическом рините. Медикаментозное ведение беременных, страдающих аллергическими заболеваниями, – компромисс между потенциальным неблагоприятным влиянием лекарственных препаратов на плод и течением беременности и последствиями неконтролируемого течения аллергии. При необходимости назначения антигистаминных средств во втором-третьем триместрах следует исходить из того, что к категории В по классификации Управления по надзору за качеством пищевых продуктов и лекарственных средств США (Food and Drug Administration, FDA) – «нет доказательств риска» относятся хлорфенирамин, ципрогептадин (Перитол), дифенгидрамин (Димедрол), хлоротрипеленамин (Супрастин), цетиризин (Зиртек, Цетрин), лоратадин (Кларитин), левоцетиризин (Ксизал). Противопоказан прием астемизола, терфенадина, Тавегила (клемастина) из-за тератогенного или фетотоксического эффекта, дезлоратадина и кетотифена ввиду их способности проникать через плаценту. Глюкокортикостероиды являются препаратами выбора при лечении тяжелых форм аллергических заболеваний у беременных. Назальные глюкокортикостероиды широко применяются при лечении среднетяжелого и тяжелого аллергического ринита. Ингаляционные глюкокортикостероиды занимают центральное место в качестве базисных средств при бронхиальной астме. Препаратом выбора является будесонид, имеющий наилучший профиль безопасности и располагающий наибольшей доказательной базой. При атопическом дерматите у беременных широко используются топические глюкокортикостероиды (Адвантан, Локоид, Элоком) в виде кремов и мазей. При необходимости назначения пероральных глюкокортикостероидов (генерализованная крапивница, ангионевротический отек, тяжелое обострение атопического дерматита) предпочтение отдается преднизолону. Категорически противопоказаны депонированные глюкокортикостероиды. Обсуждается также применение кромоглициевой кислоты, моноклональных антител, деконгестантов, бронхолитиков.

Ключевые слова: беременность, аллергия, аллергический ринит, бронхиальная астма, атопический дерматит, фармакотерапия, глюкокортикостероиды, антигистаминные препараты, деконгестанты, лекция.

Для цитирования: Клеменов А. В. Аллергические заболевания и беременность // Лечащий Врач. 2023; 1 (26): 54-57. DOI: 10.51793/OS.2023.26.1.010

Allergic diseases and pregnancy

Aleksei V. Klemenov, ORCID: 0000-0002-3403-0713, klemenov_av@list.ru

Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education Privolzhsky Research Medical University of the Ministry of Health of the Russian Federation; 10/1, Minin and Pozharsky Sq., Nizhny Novgorod, Russia, 603950

Abstract. Allergic reactions are quite common in pregnant women. The most common manifestations of an allergic reaction during pregnancy are: from the respiratory tract – allergic rhinitis and bronchial asthma, from the skin and subcutaneous tissue (allergodermatosis) – urticaria, angioedema, atopic dermatitis. As a rule, allergies do not affect the course of pregnancy, and pregnancy does not affect the allergic process, however, allergic reactions in pregnant women can cause difficulties associated with the selection of pharmaceuticals. The article discusses practical issues of pregnant women with allergic diseases management. Attention is paid to the place of non-drug methods: hypoallergenic diet and enterosorbents for food allergies, the use of sprays based on saline solutions for allergic rhinitis. Medication management of pregnant women suffering from allergic diseases is a compromise between the potential adverse effect of medications on the fetus and the course of pregnancy and the consequences of uncontrolled allergy. If it is necessary to prescribe antihistamines in the second-third trimesters, it should be assumed that category B according to the FDA classification («no evidence of risk») includes chlorpheniramine, ciproheptadine (Peritol), diphenhydramine (Dimedrol), chlorotriphenamine (Suprastin), cetirizine (Zirtek, Cetrin), loratadine (Claritin), levocetirizine (Xizal). It is contraindicated to take astemizole, terfenadine, Tavegil (klemastin) because of the teratogenic or fetotoxic effect, desloratadine and ketotifen due to their ability to penetrate the placenta. Glucocorticosteroids are the drugs of choice in the treatment of severe forms of allergic diseases in pregnant women. Nasal corticosteroids are widely used in the treatment of moderate and severe aller-

gic rhinitis. Inhaled glucocorticosteroids occupy a central place as a basic means for bronchial asthma. The drug of choice is budesonide, which has the best safety profile and has the greatest evidence base. Topical glucocorticosteroids (Advantan, Locoid, Elokorm) in the form of creams and ointments are widely used in atopic dermatitis in pregnant women. If it is necessary to prescribe oral glucocorticosteroids (generalized urticaria, angioedema, severe exacerbation of atopic dermatitis), prednisone is preferred. Deposited glucocorticosteroids are categorically contraindicated. The use of cromoglycic acid, monoclonal antibodies, decongestants, bronchodilators is also discussed.

Keywords: pregnancy, allergy, allergic rhinitis, asthma, atopic dermatitis, pharmacotherapy, corticosteroids, antihistamines, nasal decongestants, lecture.

For citation: Klemenov A. V. Allergic diseases and pregnancy // *Lechaschi Vrach.* 2023; 1 (26): 54-57. DOI: 10.51793/OS.2023.26.1.010

Аллергические реакции встречаются у беременных, по данным разных авторов, с частотой от 5% до 12% [1, 2]. Чаще всего речь идет о проявлениях аллергических заболеваний (АЗ), возникших до беременности, но возможна манифестация аллергии и в гестационный период [1].

Аллергия не является противопоказанием к беременности и рождению ребенка [2]. В идеале диагностика и лечение АЗ должны быть осуществлены до наступления беременности с целью безопасного проведения кожных проб и стресс-тестов. Особенно важна прегравидарная диагностика в следующих ситуациях: аллергическая реакция на препараты, рутинно использующиеся во время беременности и родов, АЗ, требующие проведения аллерген-специфической иммунотерапии, анафилактический шок в анамнезе [3].

Как правило, аллергия не влияет на течение беременности, а беременность не оказывает воздействия на аллергический процесс; более того, у многих аллергиков на фоне беременности наступает ремиссия [1, 2]. Существует мнение, что аллергические реакции во время беременности имеют благоприятное течение по причине физиологически повышенного уровня гистаминазы, которая инактивирует гистамин и другие биологически активные вещества [1, 4, 5]. Вместе с тем в ряде случаев аллергические (особенно анафилактические) реакции у беременных могут представлять серьезную проблему и вызывать трудности, связанные с подбором фармацевтических препаратов.

Наиболее частыми проявлениями аллергической реакции во время беременности являются: со стороны респираторного тракта – аллергический ринит (АР) и бронхиальная астма (БА), со стороны кожи и подкожной клетчатки (аллергодерматозы) – крапивница, ангионевротический отек, атопический дерматит (АтД) [2, 3].

Аллергический ринит

Основные симптомы АР – отек слизистой носа, зуд, ринорею и чихание – беременные переносят более тяжело. Заложенность носа затрудняет носовое дыхание, вызывает сухость слизистых и першение в горле. Выраженный ринит вынуждает дышать ртом во время сна, провоцирует храп, предрасполагает к гестационной гипертензии, преэклампсии и задержке роста плода [6]. АР необходимо дифференцировать от других форм – вазомоторного, медикаментозного и гормонального ринита беременных, обусловленного влиянием прогестерона [2].

Бронхиальная астма

Обычно беременность не ухудшает течения БА, более того, физиологическое повышение концентрации прогестерона, кортизола, гистаминазы может способствовать стойкой ремиссии заболевания во время гестации. Однако у части беременных, страдающих астмой, наблюдаются обострения, наиболее ожидаемые с 24–36 недели беременности, когда происходят уплощение диафрагмы, повышение внутригрудного давления

за счет растущей матки, провоцирование гастроэзофагеального рефлюкса, увеличение потребности в кислороде [2].

Плод очень чувствителен к дефициту кислорода. Продолжительная гипоксия, сопутствующая неконтролируемой астме, может приводить к регрессивным изменениям плаценты, затрудняющим газообмен, и внутриутробной гипотрофии плода. Особое значение приобретает регулярный мониторинг дыхательной функций путем пикфлоуметрии. Беременная должна знать, что снижение пиковой скорости выдоха более чем на 20% является основанием для обращения к врачу и коррекции терапии. Из-за высокого риска фетоплацентарной недостаточности у беременных с БА необходимо регулярно оценивать состояние плода и маточно-плацентарного комплекса с применением ультразвуковой фетометрии, ультразвуковой доплерометрии сосудов матки, плаценты и пуповины.

Аллергодерматозы

АЗ часто проявляются поражением кожи и слизистых оболочек. Из кожных проявлений аллергической реакции у беременных наиболее часто наблюдаются крапивница, ангионевротический отек (отек Квинке), АтД. Обострения АтД и появление уртикарных высыпаний могут иметь место на любом сроке беременности. В качестве специфических стимуляторов гиперчувствительности при аллергодерматозах выступают пищевые, лекарственные, микробные аллергены. Триггерами при АтД могут быть неадекватный уход за кожей (чрезмерно частое мытье рук, злоупотребление антисептиками), психоэмоциональное перенапряжение [7, 8].

Типичными проявлениями аллергодерматозов являются кожный зуд, часто мучительный и приводящий к астено-невротическим расстройствам, кожные высыпания и повышенная сухость кожи (последнее – при АтД). АтД может сочетаться с АР, конъюнктивитом, БА [7, 9].

Уртикарные высыпания могут иметь любую локализацию и распространенность. Ангионевротический отек является особой формой крапивницы с ограниченным отеком кожи и подкожной клетчатки; в типичных случаях он охватывает область лица и половых органов. АтД чаще всего проявляется в области шеи, локтевых и подколенных сгибов, периоральной, периорбитальной и околоушной зонах. Он способен осложняться присоединением гнойной инфекции (пиодермии). Характерными кожными элементами являются эритема, папулы, микровезикулы, шелушение, лихенизация (резкое утолщение кожи с усилением ее рисунка) [7].

Аллергодерматозы в период гестации следует дифференцировать с другими дерматозами беременных – чесухой, полиморфной сыпью и зудом беременных [3]. Зуд беременных (*pruritis gravidarum*) наблюдается во втором–третьем триместрах и отличается наличием генерализованного кожного зуда без видимых высыпаний. В основе патогенеза этого состояния лежит холестаза, вызванный подавлением активности глюкуронилтрансферазы избытком эстрогенов.