



Лечение аллергического ринита с позиции новых международных руководств: роль топической комбинированной терапии

Н.М. Ненашева

Адрес для переписки: Наталья Михайловна Ненашева, 44031@gmail.com

Аллергический ринит (АР) – одно из самых распространенных заболеваний. Им страдает от 10 до 40% населения разных стран. АР существенно снижает качество жизни, работоспособность и способность к обучению и является одной из наиболее частых причин обращения к врачу. Связь АР с бронхиальной астмой, хроническим риносинуситом, средним отитом обуславливает медико-социальное значение заболевания. В статье рассматриваются основные принципы терапии АР с позиции обновленного международного документа ARIA-2016. Особое внимание уделяется топической комбинированной терапии АР интраназальным глюкокортикостероидом и топическим антигистаминным препаратом. На отечественном фармацевтическом рынке такая комбинация представлена мометазона фуроатом и азеластином.

Ключевые слова: аллергический ринит, ARIA-2016, мометазона фуроат/азеластин

Введение

Аллергический ринит (АР) не относится к числу тяжелых и жизнеугрожающих заболеваний, но его медико-социальное значение обусловлено высокой распространенностью среди детей, подростков и взрослых. Распространенность АР среди детей, исходя из их самооценки (вопросники), – 2–25% [1], среди взрослых – 1–40% [2, 3]. Распространенность подтвержденного диагноза АР среди

взрослого населения Европы варьируется от 17 до 28,5% [2]. Результаты исследований последних лет свидетельствуют о росте заболеваемости АР, особенно в странах с изначально низкой распространенностью. Аллергический ринит существенно снижает качество жизни больных, способность к обучению и профессиональной деятельности, нарушает сон. В недавнем исследовании, проведенном в Великобритании,

90% больных АР пропустили от двух до 15 рабочих или учебных дней из-за выраженных симптомов заболевания [4].

АР часто ассоциирован с бронхиальной астмой (БА), которую выявляют у 15–38% больных АР [5, 6]. Назальные симптомы, характерные для АР, имеют место у 6–85% пациентов с БА [7–9]. АР также тесно связан с острым и хроническим риносинуситом, аллергическим конъюнктивитом, экссудативным средним отитом [2]. Прямые и косвенные финансовые затраты, связанные с АР, значительны, причем косвенные расходы, обусловленные временной нетрудоспособностью или снижением производительности труда, превышают таковые при БА.

За последние 20 лет были разработаны международные руководства по диагностике и лечению АР, которые существенно улучшили ведение пациентов. Основным документом признано руководство ARIA (Allergic Rhinitis and its Impact on Asthma, Аллергический ринит и его влияние на астму). Впервые о создании ARIA заговорили на семинаре Всемирной организации здравоохранения в 1999 г. [10]. Такой документ был призван



по-иному классифицировать аллергический ринит, развить концепцию коморбидности при астме и рините, предложить основные принципы ведения пациентов, которые могли быть использованы в глобальном масштабе для всех стран и групп населения [10]. Документ ARIA распространен и внедрен в более чем 70 странах мира. В настоящее время комитет ARIA сосредоточен на внедрении новых технологий для персонализированной и прогностической медицины. ARIA неоднократно пересматривали, в частности в 2008 г. [2] и 2010 г. [11]. ARIA-2010 стал первым руководством в аллергологии, основанным на подходе GRADE (Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation). Это метод оценки достоверности доказательств (известный как качество доказательств или уверенность в оценках эффекта) и силы рекомендаций в области здравоохранения [12] без влияния коммерческих организаций и четкой декларации и раскрытия потенциального конфликта интересов экспертов – членов группы ARIA. В соответствии с подходом GRADE рекомендации могут быть либо сильными, либо условными в зависимости от уверенности экспертов в том, что принесет пациентам больше пользы, чем вреда. Формулировки рекомендаций отражают их силу. Слова экспертов «мы рекомендуем» предназначены для сильных рекомендаций, слова «мы предлагаем» – для условных рекомендаций. Со времени последнего пересмотра ARIA в 2010 г. появились новые препараты и методы лечения АР. В связи с этим экспертный комитет в 2016 г. выпустил пересмотренный документ, в котором были обозначены новые вопросы, требующие ответа и рекомендаций, или пересмотрены существующие рекомендации, требующие обновления обзора доказательств и потенци-



Рис. 1. Классификация ринита

ального обновления собственно рекомендаций [13].

Формы аллергического ринита

Сезонный аллергический ринит (САР) возникает при сенсибилизации к пыльцевым и грибковым аллергенам: пыльце деревьев, злаковых и сорных трав, спорам грибов *Cladosporium*, *Penicillium*, *Alternaria*, *Aspergillus* и др.

Круглогодичный аллергический ринит развивается у пациентов с сенсибилизацией к аллергенам клещей домашней пыли, библиотечной пыли, эпидермальным аллергенам животных и птиц, инсектным аллергенам, аллергенам плесневых грибов, пищевых продуктов и лекарственных препаратов при постоянном приеме, профессиональным аллергенам. Современная классификация АР, в основе которой лежат длительность и тяжесть симптомов, была предложена международными сообществами Европейской академией аллергологии и клинической иммунологии (European Academy of Allergy and Clinical Immunology, EAACI), Всемирной организацией по аллергии (World Allergy Organization) (EAACI/WAO, ARIA 2008 и 2010 гг.) [1].

Аллергический ринит подразделяют на интермиттирующий (симптомы отмечаются менее четырех дней в неделю или менее четырех недель в году) и персистирующий (более четырех дней в неделю и менее четырех недель в году). Эта классификация успешно применяется в нашей стране на протяжении многих лет.

По тяжести течения АР может быть легким (незначительные клинические проявления болезни, не нарушающие дневную активность и сон) и средним/тяжелым (симптомы нарушают сон пациента, негативно отражаются на работоспособности, учебе, занятиях спортом).

Диагноз АР часто основан на клинических симптомах и эмпирической эффективности антигистаминных препаратов и интраназальных глюкокортикостероидов (ИГКС), однако верифицированный диагноз АР можно поставить только после специфического аллергологического обследования, которое служит и дифференциально-диагностическим приемом в отношении неаллергического ринита. Существует несколько видов неаллергических/неинфекционных ринитов: гормональный, меди-



Контроль факторов внешней среды (элиминационные мероприятия)			
Фармакотерапия для контроля симптомов			
1-я ступень	2-я ступень	3-я ступень	4-я ступень (лечение только специалистами)
Один из: <ul style="list-style-type: none"> пероральные антигистаминные интраназальные антигистаминные интраназальные кромоны антагонисты лейкотриеновых рецепторов 	Один из: <ul style="list-style-type: none"> интраназальные ГКС (предпочтительно) пероральные антигистаминные интраназальные антигистаминные антагонисты лейкотриеновых рецепторов 	Комбинация интраназальных ГКС с одним или более из: <ul style="list-style-type: none"> пероральные антигистаминные интраназальные антигистаминные антагонисты лейкотриеновых рецепторов 	<ul style="list-style-type: none"> Рассмотреть терапию омализумабом в случае тяжелого АР в сочетании с бронхиальной астмой (омализумаб в настоящее время не одобрен для терапии изолированного АР) Рассмотреть хирургическое лечение сопутствующей патологии
Препараты скорой помощи <ul style="list-style-type: none"> Деконгестанты (интраназальные/пероральные) Антихолинергетики 			Пероральные ГКС
Перепроверить диагноз и/или приверженность лечению либо влияние сопутствующих заболеваний и/или анатомических аномалий, прежде чем увеличивать (step-up) терапию			

Рис. 2. Ступенчатая терапия аллергического ринита, основанная на контроле симптомов

каментозный, неаллергический эозинофильный, ринит, индуцированный пищей, ирритантный, атрофический, эмоциональный и идиопатический/вазомоторный (рис. 1). Как показали результаты исследований последних лет, свыше 47% (47,0–62,5%)

больных с симптомами ринита, ранее диагностированного как неаллергический или идиопатический ринит, имеют локальную (в назальной слизистой оболочке) гиперпродукцию аллергенспецифических IgE и положительный назальный провокационный

тест с такими аллергенами, как клещ домашней пыли, *Alternaria alternata*, пыльца злаковых трав и оливы [14–18]. Эта форма АР называется локальной.

Пациенты с локальным АР имеют клинический фенотип круглогодичного или сезонного АР (как правило, среднетяжелого/тяжелого течения), Th₂-профиль воспаления в слизистой оболочке носа, но отрицательные кожные пробы с аллергенами и отсутствие аллергенспецифических IgE в сыворотке крови. Диагностика локального АР проводится с помощью назальных провокационных тестов с аллергенами [14–18].

Терапия

Основные принципы терапии АР включают в себя:

- предотвращение или сокращение контакта с аллергенами и триггерами;
- применение фармакотерапии;
- проведение специфической иммунотерапии аллергенами;
- обучение пациента.

Ступенчатая терапия АР, предложенная ARIA-2008, получила дальнейшее развитие в позиционной статье Европейской

Критерии контроля аллергического ринита

Критерии контроля ринита	Контролируемый
Симптомы	Нет симптомов (заложенность, ринорея, чихание, зуд, назальный затек)
Качество жизни	Нет нарушений сна Нет нарушений дневной активности (учеба, работа, занятия в свободное время)
Объективные измерения	Нормальная назальная пиковая скорость вдоха Нормальный тест «дыхание с закрытым ртом»* Если доступны объективные тесты для оценки нормальной назальной проходимости
<ul style="list-style-type: none"> Критерии оцениваются за последние четыре недели до консультации Следует учитывать наличие сопутствующих заболеваний (астма, синусит, синдром ночного апноэ), поскольку их обострения могут повлиять на контроль ринита Повышение потребности в препаратах скорой помощи указывает на утрату контроля Любое отклонение от этих критериев указывает на потерю контроля, и терапия step-up может быть рассмотрена Решение о терапии step-down следует принимать, оценивая клинически бессимптомный период времени (контроль симптомов ринита) в результате предшествующей терапии 	

* Пациента просят закрыть рот и дышать исключительно через нос в течение 30 секунд.



академии аллергологии и клинической иммунологии, посвященной ринитам у детей [19], и документе PRACTALL, статье, посвященной фенотипам и эндотипам ринитов, в которой обсуждается концепция лечения АР на основании контроля симптомов (рис. 2, таблица) [20]. В настоящее время единого определения контроля ринита, равно как и инструмента для его оценки, не существует. Однако несколько вопросников (CARAT, RCAT, VAS и др.), предназначенных для этих целей, активно изучаются [11–24]. Большинство разработанных вопросников основаны на оценке дневных и ночных симптомов, степени их влияния на работоспособность, способность к обучению и сон, а также требуемой терапии и необходимости в ее увеличении. Период оценки контроля симптомов АР колеблется от одной до четырех недель, предшествующих консультации [21, 22].

Приведенные в таблице критерии (симптомы и качество жизни) предлагается оценивать за последние четыре недели. Любое отклонение от приведенных критериев указывает на потерю контроля, и терапия ступер (ступень вверх) может быть рассмотрена, как при увеличении потребности в препаратах «спасения» (деконгестанты, пероральные ГКС). Безусловно, полезны объективные тесты для оценки назального дыхания: измерение назальной пиковой скорости вдоха, ринометрия и очень простой для применения в обычной клинической практике тест «дыхание с закрытым ртом» (таблица). Не следует забывать, что сопутствующие АР заболевания (БА, риносинусит, синдром обструктивного апноэ/гипопноэ сна) также способны влиять на контроль симптомов.

Для достижения контроля предлагается терапия, состоящая из четырех ступеней. Каждая из них включает различные

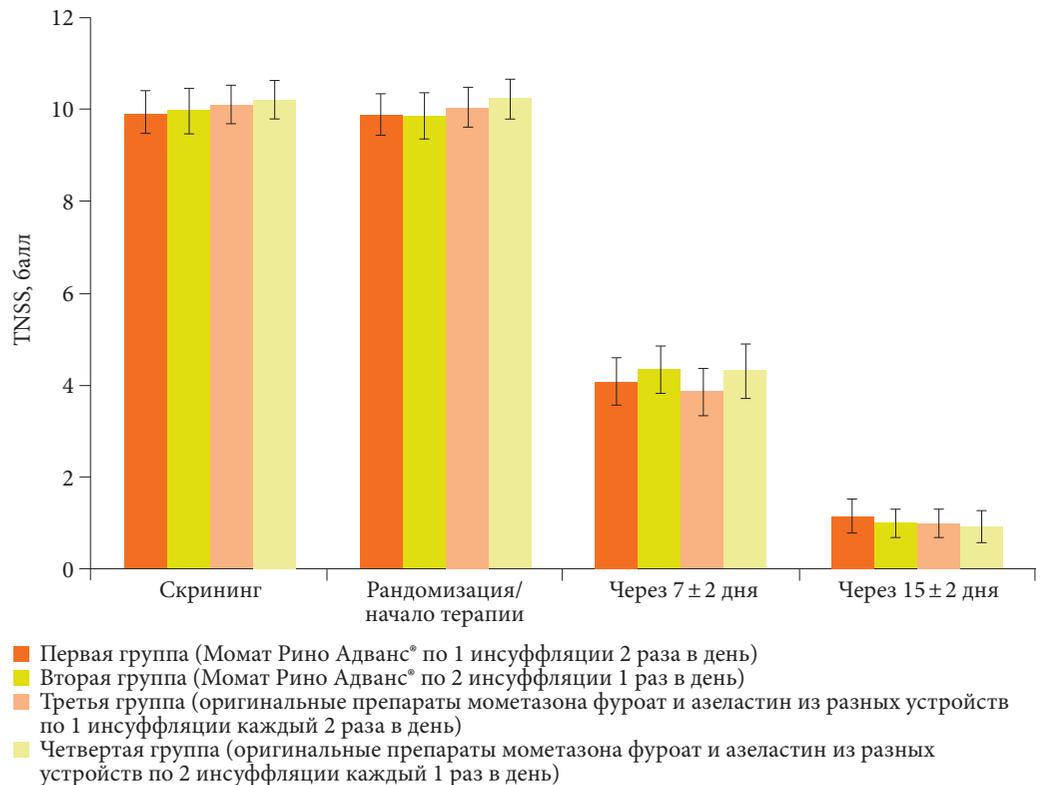


Рис. 3. Динамика назальных симптомов САР по шкале TNSS

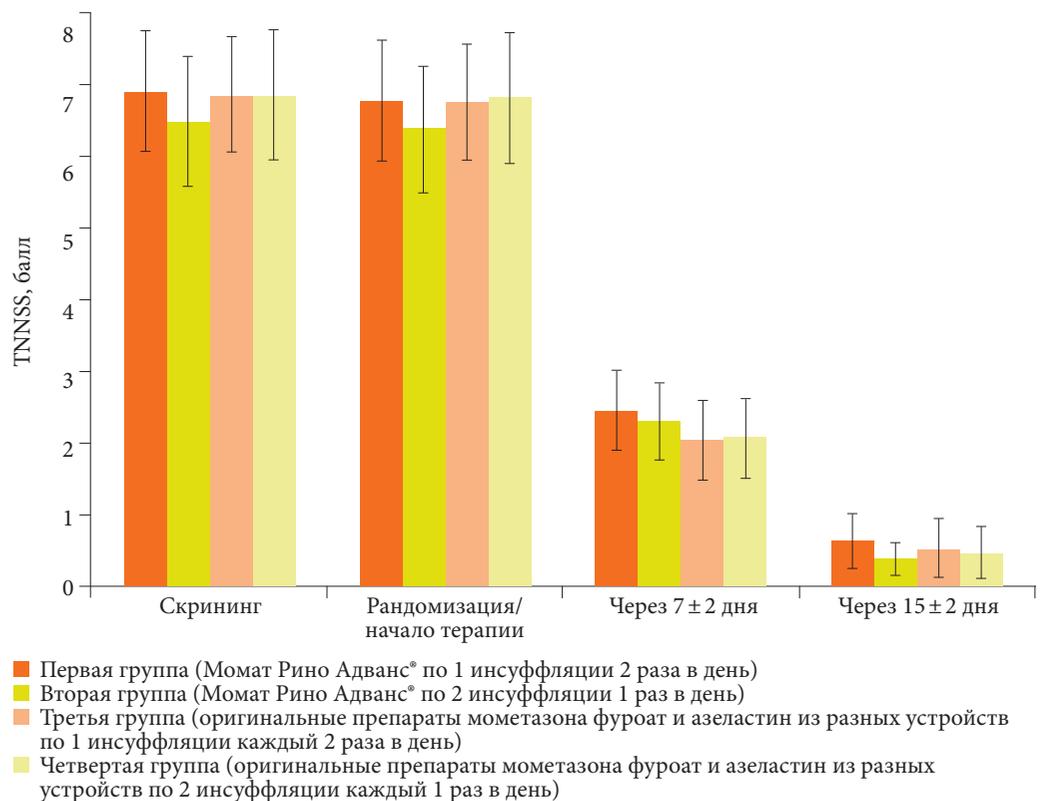


Рис. 4. Динамика неназальных симптомов САР по шкале TNNSS

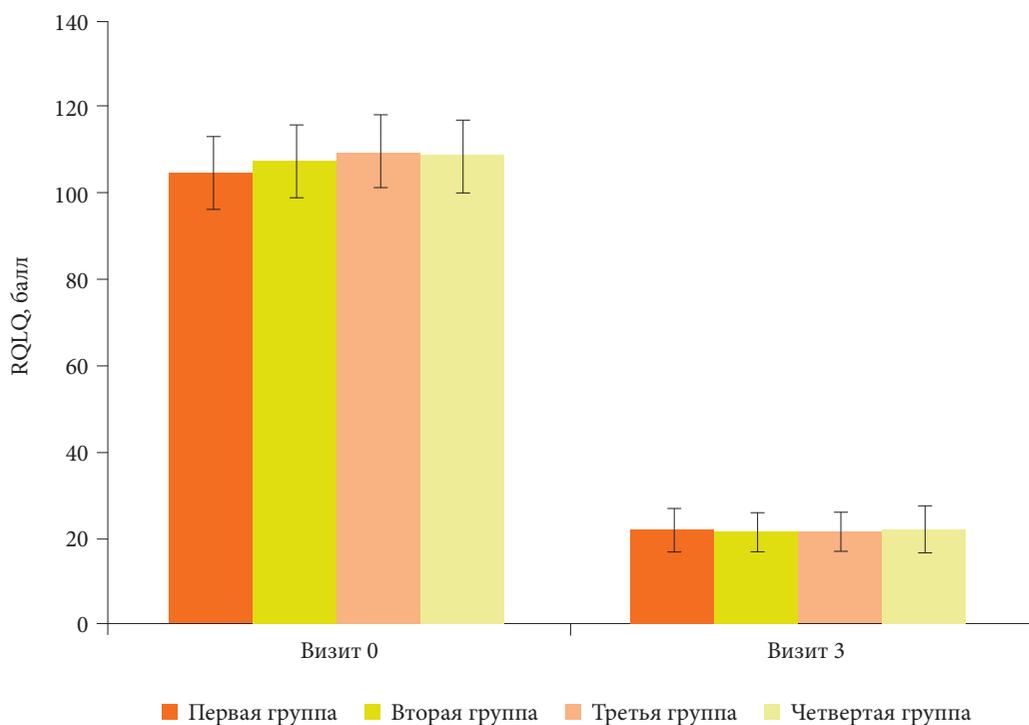


Рис. 5. Изменение (повышение) качества жизни больных к концу исследования на фоне лечения

варианты фармакологической терапии в зависимости от выраженности симптомов АР (рис. 2) [20]. Принцип ступенчатого подхода к лечению АР, как и при БА, заключается в увеличении объема терапии/переходе на ступень вверх (step-up) в отсутствие контроля симптомов АР и снижении объема терапии/переходе на ступень вниз (step-down) в случае достижения и поддержания контроля симптомов АР.

Итак, для контроля симптомов АР в настоящее время применяются следующие группы фармакологических препаратов: пероральные и топические (интраназальные) антигистаминные, антагонисты лейкотриеновых рецепторов, ИГКС и комбинированные препараты ИГКС и интраназального антигистаминного препарата (АГП) азеластина. На отечественном фармацевтическом рынке представлен единственный препарат из этой группы – фиксированная комбинация азеластина гидрохлорида 140 мкг + мометазона

фууроата 50 мкг в форме назального спрея (Момат Рино Адванс®, Glenmark Pharmaceuticals Ltd, Индия).

Эффективность препарата Момат Рино Адванс®

Эффективность препарата изучали в открытом многоцентровом клиническом исследовании, проведенном в 16 центрах РФ и включавшем 220 пациентов 18–65 лет с установленным диагнозом САР среднетяжелого/тяжелого течения [25].

На фоне лечения отмечалось выраженное снижение назальных симптомов, оцениваемое по общей шкале назальных симптомов TNSS (Total Nasal Symptom Score), в среднем на 89,6% относительно исходного уровня ($p < 0,05$) и неназальных симптомов, оцениваемых по общей шкале неназальных симптомов TNNSS (Total Non-Nasal Symptom Score), в среднем на 92,8% относительно исходного уровня ($p < 0,05$) (рис. 3 и 4) у пациентов, получавших исследуемый препарат и препараты

сравнения (оригинальные препараты азеластина гидрохлорид и мометазона фууроат, применяемые в комбинации друг с другом из отдельных устройств).

Анализ качества жизни пациентов с помощью стандартизованного вопросника RQLQ (Rhinoconjunctivitis Quality of Life Questionnaire) показал значимую положительную динамику в результате терапии исследуемым препаратом и препаратами сравнения ($p < 0,05$) (рис. 5). Разницы между исследуемым препаратом и препаратами сравнения в отношении редукции назальных и неназальных симптомов САР и улучшения качества жизни больных не зафиксировано. Все изучаемые препараты показали высокую безопасность и хорошую переносимость [25].

У пациентов с САР в период пика сезона пыления симптомы ринита влияют на все аспекты жизни – от когнитивной функции до нарушения сна и способности управлять автомобилем. Снижение качества жизни может быть обусловлено не только клиническими проявлениями собственно ринита, но и воздействием множества лекарственных препаратов, применяемых для облегчения симптомов, в частности седативных АГП первого поколения. Именно этим объясняется поиск эффективных и безопасных топических препаратов, лишенных системного эффекта, для контроля симптомов АР. Результаты указанного исследования выявили высокую эффективность как исследуемого препарата Момат Рино Адванс®, так и препаратов сравнения в отношении назальных и неназальных симптомов САР, оцениваемых по рейтинговым шкалам TNSS и TNNSS. Это свидетельствует о высокой эффективности комбинации ИГКС и топического АГП в отношении контроля симптомов среднетяжелого/тяжелого АР. Эффективность фиксированной комбинации ИГКС и азе-



ластину в отношении выраженных симптомов АР убедительно продемонстрирована и в других исследованиях [4, 26]. Все участники российского исследования имели симптомы среднетяжелого/тяжелого САР с умеренной или выраженной заложенностью носа, что значительно снижало качество их жизни согласно RQLQ. В таких ситуациях крайне важно как можно быстрее облегчить состояние больных. В ходе исследования эффект отмечался уже спустя неделю от начала лечения: выраженность назальных симптомов у всех пациентов уменьшилась в среднем на 58,5%, неназальных – на 66,5% [25]. Такой значительный и быстрый эффект обусловлен комбинированным действием ИГКС и топического АГП, обеспечивающим контроль не только назальных, но и глазных симптомов САР.

Рекомендации ARIA-2016

Вернемся к рекомендациям ARIA. Эксперты предлагают обновленные рекомендации по использованию пероральных АГП, антагонистов лейкотриеновых рецепторов (АЛР), интраназальных АГП (ИАГП) в комбинации с ИГКС и новые рекомендации по использованию комбинаций пероральных и интраназальных препаратов. Внимание экспертов было сосредоточено на шести вопросах.

1. Должна ли комбинация перорального АГП и ИГКС в сравнении с монотерапией ИГКС использоваться в лечении АР?
2. Должна ли комбинация ИАГП и ИГКС в сравнении с монотерапией ИГКС использоваться в лечении АР?
3. Должна ли комбинация ИАГП и ИГКС в сравнении с интраназальным АГП использоваться в лечении АР?
4. Должны ли антагонисты лейкотриеновых рецепторов (АЛР) в сравнении с пероральными АГП использоваться в лечении АР?

5. Должны ли ИАГП в сравнении с ИГКС использоваться в лечении АР?

6. Должны ли ИАГП в сравнении с пероральными АГП использоваться в лечении АР? Рекомендации экспертов основаны на анализе результатов всех клинических исследований, доступных в электронных базах данных Medline, Embase и Cochrane CENTRAL и касающихся обозначенных выше вопросов. Члены руководящей группы экспертов сочли важными для пациентов такие факторы: носовые и глазные симптомы, качество жизни, работоспособность/способность учиться и неблагоприятные эффекты. В общем комбинированные назальные симптомы, окулярные симптомы, качество жизни, эффективность работы/обучения и серьезные побочные эффекты считались критическими при формулировании рекомендаций, а индивидуальные симптомы, неблагоприятные эффекты, которые не были серьезными или не приводили к прекращению лечения, считались важными, но не критическими. Как уже отмечалось, рекомендации ARIA-2016 подготовлены с позиции GRADE – достоверности доказательств и силы рекомендаций. Эксперты используют формулировку «мы рекомендуем» для сильных рекомендаций, «мы предлагаем» для условных рекомендаций [13]. Эксперты подчеркивают, что рекомендации ARIA (как, впрочем, и все рекомендации) не следует рассматривать как обязательный стандарт терапии. Они призваны помочь пациентам, родителям маленьких пациентов, клиницистам и другим специалистам здравоохранения в принятии рациональных и обоснованных решений. Рекомендации предназначены для типичных ситуаций, поскольку рекомендаций с учетом всех уникальных индивидуальных обстоятельств, возникающих в реальной клинической

ARIA-2016: рекомендации экспертов

1. Должна ли комбинация перорального АГП и ИГКС в сравнении с монотерапией ИГКС использоваться в лечении АР?

Рекомендация 1А

У пациентов с сезонным АР мы предлагаем либо комбинацию ИГКС и перорального АГП, либо монотерапию ИГКС (условная рекомендация/низкая достоверность доказательств).

Рекомендация 1В

У пациентов с круглогодичным АР мы предлагаем монотерапию ИГКС, предпочтительно сочетание ИГКС и перорального АГП (условная рекомендация/очень низкая достоверность доказательств).

2. Должна ли комбинация ИАГП и ИГКС в сравнении с монотерапией ИГКС использоваться в лечении АР?

Рекомендация 2А

У пациентов с сезонным АР мы предлагаем либо комбинацию ИГКС и ИАГП, либо монотерапию ИГКС (условная рекомендация/умеренная достоверность доказательств).

Рекомендация 2В

У пациентов с круглогодичным АР мы предлагаем либо комбинацию ИГКС и ИАГП, либо монотерапию ИГКС (условная рекомендация/очень низкая достоверность доказательств).

3. Должна ли комбинация ИАГП и ИГКС в сравнении с ИАГП использоваться в лечении АР?

Рекомендация 3

У пациентов с сезонным АР мы предлагаем комбинацию ИГКС и ИАГП, предпочтительнее, чем ИАГП в виде монотерапии (условная рекомендация/низкая достоверность доказательств). Клинических исследований комбинации ИГКС и ИАГП в сравнении с монотерапией ИАГП у больных круглогодичным АР не найдено.

4. Должны ли АЛР в сравнении с пероральным АГП использоваться в лечении АР?

Рекомендация 4А

У пациентов с сезонным АР мы предлагаем либо АЛР, либо пероральные АГП (условная рекомендация/умеренная достоверность доказательств).

Рекомендация 4В

У пациентов с круглогодичным АР мы предлагаем пероральные АГП, предпочтительнее АЛР (условная рекомендация/низкая достоверность доказательств).

5. Должны ли ИАГП в сравнении с ИГКС использоваться в лечении АР?

Рекомендация 5А

У пациентов с сезонным АР мы предлагаем ИГКС, предпочтительнее ИАГП (условная рекомендация/умеренная достоверность доказательств).

Рекомендация 5В

У пациентов с круглогодичным АР мы предлагаем ИГКС, предпочтительнее ИАГП (условная рекомендация/низкая достоверность доказательств).

6. Должны ли ИАГП в сравнении с пероральными АГП использоваться в лечении АР?

Рекомендация 6А

У пациентов с сезонным АР мы предлагаем либо ИАГП, либо пероральные АГП (условная рекомендация/низкая достоверность доказательств).

Рекомендация 6В

У пациентов с круглогодичным АР мы предлагаем либо ИАГП, либо пероральные АГП (условная рекомендация/очень низкая достоверность доказательств)



Рекомендации ARIA-2016 подготовлены с позиции GRADE – достоверности доказательств и силы рекомендаций. Эксперты используют формулировку «мы рекомендуем» для сильных рекомендаций, «мы предлагаем» для условных рекомендаций

практике, не существует. Еще один важный момент: рекомендации ARIA-2016 касаются прежде всего пациентов со среднетяжелым/тяжелым АР, поскольку именно они обычно становятся участниками клинических исследований. Сказанное означает, что данные рекомендации в меньшей степени применимы к пациентам с легким АР, которые часто не обращаются за медицинской помощью и самостоятельно справляются с симптомами с помощью безрецептурных препаратов. Большинство рекомендаций основано на доказательствах с низкой или очень низкой достоверностью, как правило вследствие неточности оценочных эффектов из-за небольшого количества пациентов, включенных в анализированные ис-

следования. Для решения этих вопросов необходимо проведение тщательно подготовленных рандомизированных контролируемых клинических исследований, которые позволят оценить достоверность и силу эффекта [13]. Тем не менее новые рекомендации экспертов ARIA-2016 полезны как для врачей-специалистов (аллергологов-иммунологов, оториноларингологов), так и врачей общей практики, терапевтов и педиатров.

В рекомендациях затронут важный вопрос комбинированной терапии среднетяжелого/тяжелого АР. Последние годы на фармацевтических рынках ряда стран, включая Россию, стали доступны препараты фиксированной комбинации ИГКС/азеластина, характеризующиеся рядом преимуществ (более быстрый и выраженный терапевтический эффект) перед отдельными компонентами. Эксперты ARIA-2016 рекомендуют комбинацию ИГКС и ИАГП при среднетяжелом/тяжелом сезонном и круглогодичном АР, причем в сравнении с монотерапией ИГКС они отмечают одинаковую силу рекомендации и достоверность доказательств. В сравнении же с монотерапией ИАГП у больных САР предпочтительна комбинация ИГКС и ИАГП.

Отметим, что другие профессиональные сообщества, например Американская академия оториноларингологии, в своих руководствах подчеркивают, что для пациентов с неадекватным контролем симптомов АР на фоне монотерапии ИГКС или АГП комбинация ИГКС и ИАГП считается эффективной стратегией [27]. В рекомендациях двух американских сообществ аллергологов и клинических иммунологов также указывается на потенциальную значительную пользу от применения ИГКС + ИАГП [28]. Данная комбинация может рассматриваться на основе ограниченных данных, особенно для смешанного ринита (АР и неаллергического неинфекционного ринита).

Заключение

Аллергический ринит существенно снижает качество жизни больных. Приблизительно у 2/3 пациентов с АР отмечаются среднетяжелые/тяжелые симптомы, зачастую не контролируемые монотерапией ИГКС. У таких пациентов терапией выбора может стать фиксированная комбинация ИГКС и азеластина, в частности препарат мометазона фуоат/азеластин (Момат Рино Адванс®), одобренный для применения в России у взрослых пациентов с САР. 🌟

Литература

1. Asher M.I., Montefort S., Björkstén B. et al. Worldwide time trends in the prevalence of symptoms of asthma, allergic rhinoconjunctivitis, and eczema in childhood: ISAAC Phases One and Three repeat multicountry cross-sectional surveys // *Lancet*. 2006. Vol. 368. № 9537. P. 733–743.
2. Bousquet J., Khaltaev N., Cruz A.A. et al. Allergic Rhinitis and its Impact on Asthma (ARIA) 2008 update (in collaboration with the World Health Organization, GA(2)LEN and AllerGen) // *Allergy*. 2008. Vol. 63. Suppl. 86. P. 8–160.
3. Katelaris C.H., Lee B.W., Potter P.C. et al. Prevalence and diversity of allergic rhinitis in regions of the world beyond Europe and North America // *Clin. Exp. Allergy*. 2012. Vol. 42. № 2. P. 186–207.
4. Sami A.M., Ahmed N., Ahmed S. The effect of novel combination therapy with azelastine hydrochloride and fluticasone propionate in allergic rhinitis // *Otolaryngol. (Sunnyvale)*. 2016. Vol. 6. ID261.
5. Leynaert B., Bousquet J., Neukirch C. et al. Perennial rhinitis: an independent risk factor for asthma in nonatopic subjects: results from the European Community Respiratory Health Survey // *J. Allergy Clin. Immunol.* 1999. Vol. 104. № 2. Pt. 1. P. 301–304.
6. Gergen P.J., Turkeltaub P.C. The association of individual allergen reactivity with respiratory disease in a national sample: data from the second National Health and Nutrition Examination Survey, 1976–80 (NHANES II) // *J. Allergy Clin. Immunol.* 1992. Vol. 90. № 4. Pt. 1. P. 579–588.
7. Pedersen P.A., Weeke E.R. Asthma and allergic rhinitis in the same patients // *Allergy*. 1983. Vol. 38. № 1. P. 25–29.
8. Greisner W.A., Settiple R.J., Settiple G.A. Co-existence of asthma and allergic rhinitis: a 23-year follow-up study of college students // *Allergy Asthma Proc.* 1998. Vol. 19. № 4. P. 185–188.

МОМАТ РИНО АДВАНС

назальный спрей дозированный (H₁-гистаминовых рецепторов блокатор + глюкокортикостероид)

УВЕРЕННЫЙ СТАРТ + СТОЙКИЙ КОНТРОЛЬ

начало через
15 минут^{1,2}

азеластин

СПРИНТЕР

действует
12–24 часа^{1,3}

МОМЕТАЗОН

МАРАФОНЕЦ



Способствует:

- ▶ Восстановлению носового дыхания^{4,5}
- ▶ Отказу от приема деконгестантов⁴
- ▶ Стойкому контролю аллергического ринита^{5,6}

КРАТКАЯ ИНСТРУКЦИЯ ПО ПРИМЕНЕНИЮ. Торговое название: Момат Рино Адванс. Международное непатентованное наименование: азеластин + мометазон. Лекарственная форма: спрей назальный дозированный. Состав: 1 доза спрея содержит действующие вещества: азеластин гидрохлорид — 140 мкг, мометазона фураат — 50 мкг. Фармакотерапевтическая группа: противоаллергическое средство — H₁-гистаминовых рецепторов блокатор + глюкокортикостероид для местного применения. Фармакологическое действие: азеластин, являясь противоаллергическим средством длительного действия; мометазон является синтетическим глюкокортикостероидом (ГКС) для местного применения, оказывает противовоспалительное и противоаллергическое действие при применении в дозах, при которых не возникает системных эффектов. Показания к применению: сезонные аллергические риниты у взрослых с 18 лет. Противопоказания: гиперчувствительность к любому из компонентов препарата, недавнее оперативное вмешательство или травма носа с повреждением слизистой оболочки носовой полости — до заживления раны, возраст до 18 лет. С осторожностью: туберкулезная инфекция (активная и латентная) респираторного тракта, нелеченная грибковая, бактериальная, системная вирусная инфекция или инфекция, вызванная Herpes simplex с поражением глаз, наличие нелеченной инфекции с вовлечением в процесс слизистой оболочки носовой полости. Применение при беременности и в период кормления грудью: противопоказано. Способ применения и дозы: интраназально, по 1 дозе спрея (азеластина гидрохлорид — 140 мкг / мометазона фураат — 50 мкг) в каждую ноздрю 2 раза в день утром и вечером. Продолжительность курса лечения — 2 недели. Побочное действие: головная боль, дисгевзия (неприятный вкус) как следствие неправильного применения, носовые кровотечения, дискомфорт в полости носа (чувство жжения, зуд), изъязвление слизистой оболочки носа, чихание, фарингит, синусит, инфекции верхних дыхательных путей. Перечень всех побочных эффектов представлен в инструкции по медицинскому применению. Влияние на способность управлять транспортными средствами и заниматься другими видами деятельности: в редких случаях утомление, усталость, головокружение и слабость, которые могут быть следствием самого заболевания, могут развиваться при использовании назального спрея Момат Рино Адванс. В таких случаях следует избегать управления транспортным средством и работы со сложными механизмами. Срок годности: 2 года. Условия отпуска: по рецепту. Регистрационный номер: ЛП-003328 от 23.11.2015.

ПЕРЕД НАЗНАЧЕНИЕМ МОМАТ РИНО АДВАНС, ПОЖАЛУЙСТА, ОЗНАКОМЬТЕСЬ С ПОЛНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ИНСТРУКЦИЕЙ ПО ПРИМЕНЕНИЮ ПРЕПАРАТА.

1. Крюков А.И., Туровский А.Б., Бондарева Г.П., Семкина О.В. Принципы лечения аллергического ринита. Медицинский совет. 2013; 7: 42-47. 2. Энн К Эллис и соавт. Двойное слепое, рандомизированное, плацебо-контролируемое исследование с целью определения эффективности и скорости наступления эффекта азеластина назальный спрей в сравнении с лоратадином и цетиризином у взрослых пациентов с сезонным аллергическим ринитом / Anne K Ellis, Yifei Zhu, Lisa M Steacy, Terry Walker and James H Day. A four-way, double-blind, randomized, placebo controlled study to determine the efficacy and speed of azeclastine nasal spray, versus loratadine, and cetirizine in adult subjects with allergen-induced seasonal allergic rhinitis. Allergy, Asthma & Clinical Immunology 2013; 9: 16-3. Федеральные клинические рекомендации по диагностике и лечению аллергического ринита. Российская ассоциация аллергологов и клинических иммунологов. Утверждено Президиумом РААКИ 23 декабря 2013 г. 18 с. 4. Аллергический ринит: этиология, патогенез, особенности фармакотерапии: методические рекомендации / Составители: С.В. Рязанцев, С.А. Артюшкин. - СПб.: Полифарм Групп, 2017. 36 с. 5. Инструкция по медицинскому применению препарата Момат Рино Адванс ЛП-003328-231115. 6. Носуля Е.В., Ким И.А. Современные топические препараты в ступенчатой терапии аллергического ринита — эффективность и перспективы. Вестник оториноларингологии, 2/2017.

Реклама. 01-18-RUS-001-MRA

ИНФОРМАЦИЯ ДЛЯ СПЕЦИАЛИСТОВ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ.

000 «Гленмарк Импэкс». Россия, 115114, Москва, ул. Летниковская, д. 2, стр. 3, бизнес-центр «Вивальди Плаза».

Тел.: +7 (499) 951-00-00. Факс: +7 (499) 951-00-00, доб. 7702/7703. www.glenmarkpharma.com, www.glenmark-pharma.ru

glenmark



9. Guerra S., Sherrill D.L., Baldacci S. et al. Rhinitis is an independent risk factor for developing cough apart from colds among adults // *Allergy*. 2005. Vol. 60. № 3. P. 343–349.
10. Bousquet J., van Cauwenberge P., Khaltaev N. et al. Allergic rhinitis and its impact on asthma // *J. Allergy Clin. Immunol.* 2001. Vol. 108. № 5. Suppl. P. S147–334.
11. Brozek J.L., Bousquet J., Baena-Cagnani C.E. et al. Allergic Rhinitis and its Impact on Asthma (ARIA) guidelines: 2010 revision // *J. Allergy Clin. Immunol.* 2010. Vol. 126. № 3. P. 466–476.
12. Guyatt G., Oxman A.D., Akl E.A. et al. GRADE guidelines: 1. Introduction-GRADE evidence profiles and summary of findings tables // *J. Clin. Epidemiol.* 2011. Vol. 64. № 4. P. 383–394.
13. Brożek J.L., Bousquet J., Agache I. et al. Allergic Rhinitis and its Impact on Asthma (ARIA) guidelines-2016 revision // *J. Allergy Clin. Immunol.* 2017. Vol. 140. № 4. P. 950–958.
14. Rondón C., Campo P., Togiias A. et al. Local allergic rhinitis: concept, pathophysiology, and management // *J. Allergy Clin. Immunol.* 2012. Vol. 129. № 6. P. 1460–1467.
15. Rondón C., Romero J.J., López S. et al. Local IgE production and positive nasal provocation test in patients with persistent nonallergic rhinitis // *J. Allergy Clin. Immunol.* 2007. Vol. 119. № 4. P. 899–905.
16. Rondón C., Doña I., López S. et al. Seasonal idiopathic rhinitis with local inflammatory response and specific IgE in absence of systemic response // *Allergy*. 2008. Vol. 63. № 10. P. 1352–1358.
17. Rondón C., Fernández J., López S. et al. Nasal inflammatory mediators and specific IgE production after nasal challenge with grass pollen in local allergic rhinitis // *J. Allergy Clin. Immunol.* 2009. Vol. 124. № 5. P. 1005–1011.
18. López S., Rondón C., Torres M.J. et al. Immediate and dual response to nasal challenge with *Dermaphagoides pteronyssinus* in local allergic rhinitis // *Clin. Exp. Allergy*. 2010. Vol. 40. № 7. P. 1007–1014.
19. Roberts G., Xatzipsalti M., Borrego L.M. et al. Paediatric rhinitis: position paper of the European Academy of Allergy and Clinical Immunology // *Allergy*. 2013. Vol. 68. № 9. P. 1102–1116.
20. Papadopoulos N.G., Bernstein J.A., Demoly P. et al. Phenotypes and endotypes of rhinitis and their impact on management: a PRACTALL report // *Allergy*. 2015. Vol. 70. № 5. P. 474–494.
21. Nathan R.A., Dalal A.A., Stanford R.H. et al. Qualitative Development of the Rhinitis Control Assessment Test (RCAT), an instrument for evaluating rhinitis symptom control // *Patient*. 2010. Vol. 3. № 2. P. 91–99.
22. Fonseca J.A., Nogueira-Silva L., Morais-Almeida M. et al. Validation of a questionnaire (CARAT10) to assess rhinitis and asthma in patients with asthma // *Allergy*. 2010. Vol. 65. № 8. P. 1042–1048.
23. Demoly P., Jankowski R., Chassany O. et al. Validation of a self-questionnaire for assessing the control of allergic rhinitis // *Clin. Exp. Allergy*. 2011. Vol. 41. № 6. P. 860–868.
24. Bousquet P.J., Combescure C., Klossek J.M. et al. Change in visual analog scale score in a pragmatic randomized cluster trial of allergic rhinitis // *J. Allergy Clin. Immunol.* 2009. Vol. 123. № 6. P. 1349–1354.
25. Ненашева Н.М. Эффективность препарата Момат Рино Адванс (фиксированной комбинации мометазона фуората и азеластина гидрохлорида в виде назального спрея) у взрослых больных сезонным аллергическим ринитом: результаты рандомизированного открытого мульти-центрального клинического исследования // *Российская оториноларингология*. 2016. № 2. С. 100–103.
26. Carr W., Bernstein J., Lieberman P. et al. A novel intranasal therapy of azelastine with fluticasone for the treatment of allergic rhinitis // *J. Allergy Clin. Immunol.* 2012. Vol. 129. № 5. P. 1282–1289.
27. Seidman M.D., Gurgel R.K., Lin S.Y. et al. Clinical practice guideline: allergic rhinitis // *Otolaryngol. Head Neck Surg.* 2015. Vol. 152. № 1. Suppl. P. S1–43.
28. Wallace D.V., Dykewicz M.S., Bernstein D.I. et al. The diagnosis and management of rhinitis: an updated practice parameter // *J. Allergy Clin. Immunol.* 2008. Vol. 122. № 2. Suppl. P. S1–84.

Treatment of Allergic Rhinitis from the Perspective of New International Guidelines: the Role of Local/Intranasal Combination Therapy

N.M. Nenasheva

Russian Medical Academy for Continuing Professional Education

Contact person: Natalya Mikhaylovna Nenasheva, 1444031@gmail.com

Allergic rhinitis (AR) is one of the most common human diseases, affecting from 10 to 40% of the population in different countries. It significantly reduces the quality of life, work capacity and the learning ability. AR is one of the main reasons for doctor's visits. AR is also frequently associated with asthma, chronic rhinosinusitis, otitis media, that causes important medical and social significance of the disease. This article discusses the main principles of AR therapy from the perspective of the updated international guideline ARIA-2016. Particular attention is paid to the place of local combination therapy of AR with the intranasal corticosteroid and intranasal antihistamine. The combination of mometasone furoate and azelastine is the representative of this group of medication and available in the Russian pharmaceutical market.

Key words: allergic rhinitis, ARIA-2016, mometasone furoate/azelastine