



# Барьерные методы в лечении аллергического ринита в зимний период

Л.В. Лусс, Е.В. Назарова

Адрес для переписки: Людмила Васильевна Лусс, lusslv@yandex.ru

*Среди современных препаратов, используемых в профилактике и лечении аллергического ринита, особое место занимает Превалин. Препарат отличается высокой клинической эффективностью и безопасностью, хорошей переносимостью. Он не вызывает седативного эффекта, кардиотоксичности и тахифилаксии при длительном применении. Превалин можно назначать пациентам, чья профессиональная деятельность связана с повышенной концентрацией внимания и памяти, а также беременным и кормящим матерям.*

**Ключевые слова:** аллергический ринит, барьерные методы терапии, Превалин

## Общие положения

Прогноз Всемирной организации здравоохранения о повсеместном росте аллергических заболеваний (АЗ) подтверждается. Сегодня уже более трети населения планеты страдают различными формами аллергии. Особый рост распространенности АЗ отмечается в развивающихся странах.

Среди факторов риска развития АЗ и их обострений все большую актуальность приобретают средовые, в частности климатические условия, время года, экологическая характеристика региона проживания.

Среднегодовая температура повышается, что свидетельствует

о глобальном потеплении климата (таяние ледников, уменьшение снежного покрова, снижение уровня океана). По мере увеличения температуры окружающей среды и возрастания роли воздушных поллютантов актуальность аллергических проблем будет неуклонно расти.

Высокие летние температуры влияют на частоту внезапных обострений и госпитализаций пожилых пациентов с заболеваниями органов дыхания и в ряде случаев становятся причиной внезапной смерти. Резкие колебания погоды (например, гроза в сезон пыления) вызывают гидратацию и фрагментацию пыльцы, что генери-

рует атмосферные биологические аэрозоли, несущие аллергены. Как следствие – вспышки астмы у больных поллинозом.

Развитие и течение любого АЗ имеют сезонные особенности, что требует коррекции терапии и специальных мероприятий, направленных на максимальное снижение негативных сезонных влияний. Кроме того, этиологическая значимость аллергенов в разные сезоны различна.

В летний и весенний периоды аллергены пыльцы растений, пищевой аллергии, перепончатокрылых насекомых, плесневых грибов приобретают более высокую значимость. Но даже в летний период, если употреблять холодные напитки и пищу или купаться в холодных водоемах, возможны тяжелые проявления холодовой аллергии (системные реакции, холодовая крапивница, ангиоотеки). Как правило, в летний период увеличивается употребление овощей, зелени, фруктов, ягод, что повышает риск развития перекрестных аллергических реакций между пищевыми продуктами и другими группами аллергенов (пыльца, латекс, бытовые, эпидермальные, инсектные) со сходными эпитопами.



В осенний период возрастает этиологическая роль бытовых, эпидермальных, грибковых аллергенов.

В зимний период отмечается высокая этиологическая значимость всех групп аллергенов. Исключение составляет пыльца растений. Однако даже в зимний период иногда имеет место обострение поллиноза у больных при контакте с пылью цветов, приносимых в дом, или пылью цветущих комнатных растений.

К наиболее распространенным АЗ относится аллергический ринит, на долю которого в структуре аллергопатологии приходится 10–30%. В Великобритании этот показатель составляет около 30%, в Швеции – 28%, Новой Зеландии и Австралии – 40%, Южной Африке – 17%, России – 5–35%.

Слизистая оболочка носа является пограничной зоной, которая подвергается воздействию различных факторов внешней среды. Необходимо учитывать, что в развитии любого местного клинического проявления со стороны слизистой оболочки носа участвуют все интегральные системы организма – иммунная, нервная, эндокринная и др.

Ринит – воспалительное заболевание слизистой оболочки носа, клинически проявляющееся ринореей, назальной блокадой, чиханием, иногда anosмией.

Аллергический ринит (АР) – заболевание слизистой оболочки носа, в основе которого лежит аллергическое воспаление, вызываемое причинно-значимым аллергеном. АР клинически проявляется ринореей, чиханием, зудом и назальной блокадой. В зимний период отмечается более частое обострение и более тяжелое клиническое течение АР. На частоту обострений и степень тяжести АР влияет множество факторов. В частности, для зимнего сезона наиболее характерны:

✓ частое обострение хронических инфекционно-воспалительных заболеваний, играющих роль триггеров;

- ✓ неоднократно повторяющиеся острые респираторные вирусные инфекции (ОРВИ), бактериальные и грибковые заболевания различной локализации;
- ✓ бытовые (особенно постельные клещи), эпидермальные и другие аллергены;
- ✓ неспецифические раздражители (например, холод).

Кроме того, в зимний сезон у больных АР наряду с влиянием этиологически значимых групп аллергенов возрастает провоцирующая роль вазомоторного компонента в патогенезе ринита. При вазомоторном рините, который В.И. Воячек определил как ложный ринит, насморк обусловлен не столько воспалением слизистой оболочки носа, сколько вегетативно-сосудистой дисфункцией, провоцируемой различными факторами (в том числе холодом и аллергенами), которые могут осложняться воспалительными процессами. Дилатация сосудов носовых раковин или назальная гиперреактивность развивается под воздействием неспецифических экзогенных (в частности, холода) или эндогенных факторов, не связанных с иммунологическими реакциями.

Предполагают, что в генезе вазомоторного компонента при АР, особенно в зимний период, важную роль играет нарушение деятельности эфферентных структур, которые отвечают за регуляцию тонуса сосудистой сети носовых раковин. Однако данная теория не имеет научного подтверждения.

Таким образом, особенности патогенеза АР с наличием вазомоторного компонента в зимний период обосновывают необходимость коррекции терапии заболевания. Целесообразно применять не только базисную терапию и назальные глюкокортикостероиды (НГКС), но и симпатомиметические средства, обладающие симпатомиметическими свойствами, непродолжительным курсом. Например, оксиметазолин (Називин,

Назол), тетризолин (Тизин), ксилометазолин (Ксимелин) суживают периферические сосуды, уменьшают отечность слизистой оболочки носа, гиперемию и экссудацию. Используются и комбинированные препараты, содержащие вещества антигистаминного и альфа-адреномиметического действия, в частности Клариназе и Ринопронт.

Лучший клинический эффект у больных АР с выраженным вазомоторным компонентом достигается при совместном ведении таких пациентов аллергологом-иммунологом и оториноларингологом.

Чрезвычайно важно установить, что определяет особенности клинического течения АР у конкретного пациента, связано ли это с преобладанием аллергического воспаления или тканевой неспецифической назальной гиперреактивности и чувствительности. После этого врач проводит индивидуальную коррекцию терапии. В случае исключительно аллергического воспаления врач усиливает НГКС-терапию, не меняя дозу антигистаминных препаратов (АГП), либо увеличивает терапию препаратами антигистаминного и альфа-адреномиметического действия без изменения дозы НГКС.

Контроль за адекватностью базисной стандартной терапии при АР зависит от выраженности:

- аллергического воспаления (аллергический отек слизистых оболочек), требующего увеличения дозы противовоспалительных средств (НГКС);
- неспецифической тканевой назальной гиперреактивности;
- вазомоторного компонента, требующего увеличения дозы противовоспалительных препаратов (НГКС) и включения неспецифических (физиотерапевтических) методов терапии.

За последнее десятилетие принят ряд международных и национальных согласительных документов, на основании которых лечение АР обязательно предусматривает применение методов,



направленных на элиминацию действующего аллергена, рациональной фармакотерапии и аллергенспецифической иммунотерапии.

Элиминация (устранение этиологически значимых аллергенов) – безусловно, эффективный и безопасный метод профилактики аллергии. Однако не всегда можно ограничить контакт с аллергенами, например пылью растений, бытовыми аллергенами, спорами грибов.

К мерам, предупреждающим контакт с пыльцевыми аллергенами, относят:

- мониторинг и прогнозирование сезонов цветения растений;
- переезд в другую климатическую зону, где еще не зацвели либо уже отцвели причинно-значимые растения;
- ограничение времени пребывания вне помещений;
- ограничение или исключение выездов на природу, на дачу;
- ношение солнцезащитных очков для меньшего попадания пыли на слизистую оболочку глаз;
- ежедневную влажную уборку квартиры;
- в сезон пыления ограничение приема продуктов, имеющих перекрестные реакции с пыльцой;
- исключение лекарственных и косметических средств, в состав которых входит пыльца растений или части растений;
- применение барьерных методов терапии.

Современная фармакотерапия АР предполагает использование ряда лекарственных средств с различным механизмом действия. Перечень таких препаратов постоянно расширяется.

Важный момент: медикаментозные средства разных фармакологических групп для терапии АР воздействуют на выраженность воспаления или его симптомы уже после того, как произошел контакт организма с аллергеном и реакция аллергического ответа запущена.

Аллергию можно рассматривать как следствие поражения гистогематических барьеров (опосредованного как генетическими, так и средовыми факторами), приводящее к развитию аллергенспецифической гиперчувствительности в виде аллергического воспаления.

Как известно, при аллергическом воспалении повышается проницаемость естественных барьерных тканей (слизистые оболочки и кожа) к аллергену, что облегчает формирование аллергии.

В индукции аллергического ответа важную роль играют естественные барьеры. В связи с этим особую актуальность приобретают методы, снижающие/предупреждающие проницаемость естественных барьеров для аллергенов.

Устранение (снижение) повышенной проницаемости естественных барьеров для аллергенов может предупредить трансбарьерную сенсибилизацию и развитие (обострение) аллергической реакции на трансбарьерное раздражающее действие аллергена.

Особое внимание барьерным методам необходимо уделять в тех случаях, когда имеются серьезные ограничения к приему фармакологических препаратов:

- ✓ беременность, лактация;
- ✓ детский возраст;
- ✓ занятия спортом;
- ✓ лекарственная аллергия и непереносимость;
- ✓ заболевания, при которых имеются противопоказания к применению противоаллергических средств, и др.

Альтернативные методы профилактики и лечения АР, направленные на создание барьеров, препятствующих контакту и воздействию аллергенов на организм, приобретают особую актуальность [1, 2].

К барьерным средствам терапии относятся методы, создающие препятствия на пути воздействия аллергена и предохраняющие организм от контакта с аллергеном и обострений АЗ.

По принципу действия барьерные методы подразделяют:

- на механические;
- химические;
- с сочетанным действием.

К химическим барьерным методам защиты от вирусов можно отнести средства для смазывания полости носа с целью создания среды, препятствующей проникновению вирусов.

При инфекции используются методы, препятствующие попаданию патогенных агентов в организм, – промывание носа и удаление из его полости лишней слизи. Для промывания носа специально разработаны комплексы Долфин, Аква Марис, Маример, Физиомер.

Механические барьерные методы предполагают использование назального фильтра для защиты от веществ, поступающих с воздухом. Фильтр необходимо с осторожностью применять у детей и лиц, имеющих риск носового кровотечения, с искривлением перегородки носа, полипами, бронхиальной астмой. При ношении фильтра желательно меньше разговаривать и стараться дышать носом.

Многие из этих методов имеют ограничения к применению, особенно в зимний период.

Преимущества барьерных методов терапии:

- простота применения;
- безопасность, в том числе для беременных и кормящих женщин;
- возможность сочетания с другими методами фармакотерапии.

### Барьерные методы в терапии аллергического ринита

Наиболее патогенетически обоснованными и эффективными средствами барьерной фармакотерапии признаны Превалин и Назаваль [3, 4].

Назаваль – защитное медицинское средство высокого класса безопасности. Распыляемый из спрея-дозатора микродисперсный порошок целлюлозы защищает слизистую оболочку носоглотки от проникновения аллергенов и поллютантов.



Превалин обладает уникальным тройным механизмом действия:

- блокирует попадание «воздушных» аллергенов в организм;
- захватывает и инактивирует уже попавшие в носовую полость аллергены;
- устраняет симптомы аллергического ринита.

Препарат Превалин может применяться при любых формах АР, в любой сезон, в том числе зимний, в период беременности и кормления грудью как с лечебной, так и с профилактической целью.

Превалин – гелеобразный назальный спрей для местного применения, представляющий собой тиксотропную субстанцию, которая при сильном механическом воздействии (интенсивном встряхивании) меняет агрегатное состояние и переходит в жидкость. Уникальное свойство преобразования геля в жидкость обеспечивается за счет входящей в состав препарата запатентованной комбинации масел и эмульгаторов.

После распыления на слизистую оболочку носа Превалин возвращается в исходное гелеобразное состояние. При этом в полости носа создается гелеобразный защитный барьер, не проницаемый для аллергенов, обеспечивающий ограничение контакта слизистой оболочки носа с этиологически значимыми аллергенами и поллютантами и предотвращающий развитие аллергической реакции и обострений АР.

### Клиническая эффективность Превалина

Доказано уменьшение симптомов АР за счет блокирования аллергенов, вызывающих аллергическую реакцию.

Назальный спрей Превалин работает непосредственно в месте развития аллергической реакции (шоковый орган) – на слизистой оболочке носа.

Превалин создает идеальную защиту от проникновения аллергенов в организм при АР, а в зимний период и от инфекции.

К преимуществам Превалина относится отсутствие седативного действия и кардиотоксичности.

Препарат не оказывает системного действия, не вызывает тахифилаксии при длительном применении. Препарат выпускается в двух формах:

- для взрослых и подростков с 12 лет: 140 доз (на 30 дней применения);
- для детей 6–12 лет (Превалин Кидс): 280 доз (на 60 дней применения).

Перед использованием флакон следует интенсивно встряхнуть не менее восьми раз, затем сделать по 1–2 впрыска в каждый носовой ход, отклонить голову назад и сделать спокойный вдох.

Дозы и способ применения Превалина зависят от возраста пациентов. Длительность применения препарата неограниченна. Клинические исследования эффективности, безопасности и переносимости Превалина проводились у пациентов с различными формами, стадиями и степенью тяжести АР.

По данным клиники Института иммунологии ФМБА России, при изучении эффективности Превалина в качестве монотерапии у больных с персистирующим ринитом (n = 30) отличные результаты получены у 31,8% пациентов, хорошие – у 54,6% и удовлетворительные – у 13,6%. Только у 8 (26,7%) пациентов, получавших Превалин в монотерапии, отсутствовал клинический эффект.

Переносимость Превалина была хорошей. Только двое отметили неприятные ощущения в носу (стекающие слизи по задней стенке глотки и образование корочек в полости носа), но ни один из них не отказался от применения Превалина. На протяжении всего периода лечения Превалином не зафиксировано отрицательной динамики показателей гемограммы. Отмечено влияние Превалина на показатели риноцитогаммы в виде снижения эозинофилов в мазке.

До применения Превалина у 19 (63,3%) пациентов выявлена эозинофилия в периферической кро-

ви, средние показатели количества эозинофилов –  $8,0 \pm 3,1\%$ , у 18 (60%) пациентов – повышенное содержание эозинофилов в риноцитограмме, средние показатели количества эозинофилов –  $40,8 \pm 21,4\%$ . После применения Превалина выявлено снижение до 43,3% числа пациентов с повышенным содержанием эозинофилов в риноцитограмме, при этом у остальных пациентов отмечалось уменьшение количества эозинофилов в мазках до  $26,5 \pm 19,7\%$ .

Восстановление носового дыхания у пациентов с положительным эффектом лечения отмечалось в течение первой недели применения Превалина и сохранялось на протяжении всего курса лечения. Эффективность лечения подтверждалась результатами объективных данных (передняя риноскопия), положительной динамикой показателей пиковой скорости вдоха (ПСВ) через нос, параметрами передней активной риноманометрии (ПАРМ) и субъективной оценкой самих пациентов.

При передней риноскопии у всех пациентов с положительным эффектом от лечения наблюдалось уменьшение или отсутствие отека и гиперемии слизистой оболочки носа, а также водянистых выделений из носа.

На фоне применения Превалина отмечалось достоверное увеличение показателей ПСВ через нос с  $65,4 \pm 12$  до  $123 \pm 40,4$  л/с ( $p < 0,05$ ; при сравнении двух зависимых групп до и после лечения). При этом уже после первой недели использования препарата достоверно увеличивались показатели ПСВ через нос до  $119,7 \pm 39,3$  л/с. На второй неделе лечения показатели ПСВ через нос достигли  $120,7 \pm 39,3$  л/с.

Высокая клиническая эффективность Превалина продемонстрирована и у больных с сезонным АР. У всех больных до начала лечения при передней риноскопии наблюдались отечность слизистой оболочки и водянистые выделения из носа, снижение обоняния. Уже на второй день применения





Превалина отмечалось уменьшение заложенности носа и слизистых выделений [5]. На десятый день лечения снизился объем базисной терапии за счет уменьшения кратности использования или отмены НГКС и АГП.

Полностью отказались от приема НГКС и АГП в течение одной-двух недель после назначения Превалина в виде монотерапии до конца исследования 46,6% больных. Еще 26,7% пациентов снизили базисную терапию на фоне приема Превалина, 26,7% пациентов продолжили применять Превалин в составе комплексной терапии (НГКС и АГП).

В зимний период 2014 г. нами получены предварительные данные о клинической эффективности применения Превалина у больных АР, характеризующиеся снижением интенсивности клинических проявлений (ринорея, чихание, зуд, отечность слизистой оболочки), нормализацией измененных функциональных показателей (ПСВ через нос, ПАРМ) и снижением потребности в фармакотерапии, в частности НГКС.

Пациенты с АР, получавшие Превалин, реже болели ОРВИ.

### Заключение

В связи с важной ролью естественных барьеров в индукции аллергического воспаления особую актуальность приобретают методы, направленные на снижение/предупреждение проницаемости естественных барьеров для аллергенов.

Устранение (снижение) повышенной проницаемости естественных барьеров для аллергенов может предупредить трансбарьерную сенсибилизацию и развитие (обострение) аллергической реакции на трансбарьерное разрешающее действие аллергена.

Большинство аллергенов попадают в организм аэрогенным путем через нос. Превалин считается эффективной защитой от контакта слизистой оболочки полости носа с причинно-значимыми аллергенами и может быть использован в терапии различных форм АР в разные сезоны.

В ряду современных барьерных средств медицинского назначе-

ния, используемых при лечении и профилактике АР, препарат Превалин занимает особое место. Препарат отличается высокой клинической эффективностью, высокой безопасностью, хорошей переносимостью. У Превалина отсутствует седативный эффект, кардиотоксичность и тахифилаксия при длительном применении.

Превалин не вызывает явлений кумуляции, его действие проявляется непосредственно в месте развития аллергической реакции – слизистой оболочке носа. Препарат не проникает в кровь.

Превалин можно назначать пациентам, чья профессиональная деятельность связана с повышенной концентрацией внимания и памяти (водители, учащиеся, рабочие, занятые на опасных производствах), беременным и кормящим матерям. Включение Превалина в комплексную терапию АР в зимний период способствует более быстрому достижению клинического эффекта базисной терапии и снижает потребность в дополнительном назначении фармакотерапии. 🍷

### Литература

1. Гуцин И.С. Аллергенная проницаемость барьерных тканей – стратегическая проблема аллергологии // Пульмонология. 2006. № 3. С. 5–13.
2. Гуцин И.С. Аллергенное трансбарьерное принуждение к аллергическому ответу // Российский аллергологический журнал. 2011. № 4. Вып. 1. С. 94–96.
3. Прозорова В.К., Абросимов А.Г., Архипов В.В. Преимущества барьерных методов терапии аллергического ринита // Справочник поликлинического врача. 2013. № 5. С. 14–17.
4. Цывкина А.А., Лусс Л.В., Царев С.В., Шартанова Н.В. Эффективность и безопасность спрея Превалин в терапии аллергического ринита // Российский аллергологический журнал. 2012. № 5. С. 55–59.
5. Цывкина А.А. Эффективность барьерных методов терапии в комплексном лечении сезонного аллергического ринита // Эффективная фармакотерапия. 2014. № 5. Аллергология и иммунология. Вып. 1. С. 8–12.

### Barrier Methods in the Treatment of Allergic Rhinitis during Winter

L.V. Luss, Ye.V. Nazarova

*Institute of Immunology of the Russian Federal Medical and Biological Agency*

Contact person: Lyudmila Vasilyevna Luss, lusslv@yandex.ru

*Prevalin among the modern barrier therapeutic methods used for treatment and prevention of allergic rhinitis has a number of advantages such as high clinical efficacy, safety, good tolerability, and does not have a sedative effect, cardiotoxicity, and tachyphylaxis upon long-term administration. Prevalin may be prescribed to patients occupied in professional activities requiring concentration of attention and memory as well as to pregnant and breastfeeding women.*

**Key words:** allergic rhinitis, barrier methods of therapy, Prevalin

\* с полным отчетом  
об исследовании можно  
ознакомиться на сайте

[www.prevalin.ru](http://www.prevalin.ru)

 OMEGA  
BITTNER

# Превалин

## Первый препарат для элиминации аллергенов

- Ⓥ Уникальная тиксотропная формула
- Ⓥ Нет аллергенов = нет аллергии
- Ⓥ Разрешен беременным и кормящим

Формы выпуска:

Превалин 20 мл – для взрослых и детей с 12 лет.

Превалин Кидс 20 мл – для детей 6-12 лет



РУ № ФСЗ 2012/11781 РУ № ФСЗ 2012/11782

на правах рекламы

# АЛЛЕРГИЯ

ИНФОРМАЦИЯ ДЛЯ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ