



# Аллергический ринит: современные подходы к диагностике и терапии

О.С. Дробик

Адрес для переписки: Ольга Сергеевна Дробик, olga-drobik@mail.ru

*Несмотря на обилие информации о современных методах диагностики и терапии аллергического ринита (АР), ситуация в отечественной практике далека от совершенства. На первый план выходит проблема несвоевременной диагностики АР врачами первичного звена, а следовательно, нерационального подхода к лечению. В статье перечислены основные методы диагностики и терапии АР.*

**Ключевые слова:** аллергический ринит, причинно-значимые аллергены, интраназальные глюкокортикостероиды, Назонекс

## **Распространенность, клиническая картина и патогенез**

Аллергический ринит (АР) – заболевание слизистой оболочки носа, обусловленное аллергическим воспалением вследствие воздействия различных причинно-значимых аллергенов [1, 2].

Распространенность заболевания во взрослой популяции достигает 10–30%, среди детей – 42%. Средний возраст дебюта заболевания составляет десять лет, а наибольшее число случаев регистрируется в возрасте 13–19 лет [1].

Как показывают результаты исследований, проведенных в России, заболеваемость АР за последние годы возросла в четыре – шесть раз и ее пик приходится на 18–24 года. Отметим, что имеющиеся данные о заболеваемости АР не отражают реальной картины, поскольку не учитывают лиц, не обратившихся за медицинской помощью, и больных, у которых АР не был правильно диагностирован врачом.

Симптомы АР, негативно влияя на сон, учебу, работу, снижают качество жизни пациентов [1]. Выделяют следующие симптомы АР [3]:

- чихание;
- насморк;
- зуд в носу, глазах;
- слезотечение;



- аллергический конъюнктивит;
- снижение обоняния;
- стекание назального содержимого по задней стенке глотки.

С развитием аллергического ринита также связывают более поздние по времени симптомы:

- головную боль;
- синуситы;
- снижение слуха, болевые ощущения в ушах, развитие среднего отита;
- ангину;
- кашель;
- темные круги под глазами, отечность век;
- усталость и раздражительность.

На фоне аллергического ринита нередко развиваются бронхиальная астма, острый и хронический средний отит, хронический риносинусит.

При АР у взрослых больных наблюдается быстрая утомляемость, снижается жизненный тонус, ухудшается самочувствие, возникают проблемы социального характера, у детей нарушается способность к обучению, появляются беспокойство и трудности в общении со сверстниками, усложняются отношения в семье.

К факторам риска развития АР относят [3, 4]:

- ✓ семейный анамнез атопии;
- ✓ курение матери в течение первого года жизни ребенка;
- ✓ рождение ребенка в период поллинозиса;
- ✓ раннее введение твердых прикормов;
- ✓ мужской пол;
- ✓ первый ребенок в семье;
- ✓ раннее использование антибиотиков;
- ✓ воздействие аллергенов, например клеща домашней пыли;
- ✓ повышенный уровень специфических IgE в сыворотке крови;
- ✓ уровень IgE > 100 МЕ/мл в возрасте до шести лет.

Этиология аллергического ринита представлена:

- бытовыми аллергенами (домашняя пыль, клещи домашней пыли, библиотечная пыль, аллергены тараканов);

- аллергенами животных и птиц, содержащимися в шерсти, перхоти, слюне животных (кошек, собак, лошадей, морской свинки);
- пыльцевыми аллергенами (пыльца деревьев, злаковых и сорных трав);
- спорами плесневых грибов;
- лекарственными препаратами (ацетилсалициловая кислота и нестероидные противовоспалительные препараты);
- латексными аллергенами.

### Классификация

До начала лечения необходимо уточнить форму заболевания (легкая, средняя, тяжелая), а также эпизодичность появления симптомов. Критерии тяжести АР достаточно четко сформулированы в рамках инициативы «Аллергический ринит и его влияние на бронхиальную астму» (Allergic Rhinitis and its Impact on Asthma – ARIA, 2001–2010). В ARIA-2001 представлена классификация заболевания и сформулирован ступенчатый подход к терапии в зависимости от типа течения (интермиттирующее/персистирующее) и тяжести (легкая, среднетяжелая/тяжелая). В зависимости от частоты возникновения и продолжительности выделяют интермиттирующий и персистирующий АР, который по тяжести течения может быть легким и среднетяжелым/тяжелым. При интермиттирующем АР симптомы наблюдаются менее четырех дней в неделю или менее четырех недель в году, при персистирующем – более четырех дней в неделю или более четырех недель в году. Классификация АР по тяжести течения основывается на субъективной оценке пациентом влияния симптомов ринита на качество жизни. При легком течении симптомы практически не оказывают негативного влияния на качество жизни: у больного нормальный сон, полноценная повседневная активность, нормальная профессиональная деятельность или учеба. При среднетяжелом/тяжелом течении

АР нарушается сон, снижается повседневная и физическая активность, появляются тяжелые, мучительные симптомы. Кроме того, заболевание негативно сказывается на профессиональной деятельности или учебе [2, 5]. Данная классификация позволяет правильно подобрать фармакотерапию АР.

В клинической практике остается востребованным деление АР на сезонный, круглогодичный и профессиональный.

### Обследование и диагностика

Обследование пациентов с АР включает подробно собранный анамнез, физикальный осмотр. Для диагностики используют результаты специфического аллергологического обследования (кожные, провокационные тесты), позволяющие подтвердить или исключить аллергическую природу заболевания [6]. Сбор анамнеза важен для диагностики и оценки тяжести АР. Правильно собранный анамнез помогает определить возможные пусковые механизмы развития АР и причинно-значимые аллергены. При сборе анамнеза необходимо учитывать:

- ✓ продолжительность симптомов заболевания;
- ✓ предполагаемые провоцирующие триггеры;
- ✓ ответ на фармакотерапию;
- ✓ наличие сопутствующих заболеваний;
- ✓ семейный анамнез атопии;
- ✓ влияние на течение заболевания экологических факторов;
- ✓ наличие вредных производственных факторов.

Обследование проводят в период ремиссии заболевания, вне сезона поллинозиса причинно-значимых растений. Используют prick-тесты (укол), скарификационные и внутрикожные пробы. Кожное тестирование в настоящее время считается наиболее чувствительным и наименее дорогостоящим методом, позволяющим доказать сенсibilлизацию пациента к конкретным аллергенам. В ряде случаев для уточнения диагноза требуется

пульмонология



Результаты исследований показывают, что при назначении Назонекса в преддверии сезона цветения причинно-значимого аллергена у пациентов уменьшаются симптомы АР и общий индекс неназальных симптомов, таких как аллергический конъюнктивит

проведение провокационных тестов (назальных, конъюнктивальных, ингаляционных). Например, при распространенном дерматите или приеме антигистаминных препаратов определяют специфические IgE-антитела радиоаллергосорбентным, иммуноферментным и хемилюминесцентным методами [7].

Наряду со специфической диагностикой используют общеклинические и лабораторные методы. В общем анализе крови, отделяемом из носа, мокроте часто определяется эозинофилия, что, однако, не является специфическим признаком аллергии и может быть вызвано другими причинами. В частности, эозинофилия в назальном секрете не исключает диагноза неаллергического ринита с эозинофильным синдромом. Общий IgE также не является специфическим маркером аллергического воспаления.

## Терапия

Помимо образовательных программ для пациентов, раннего назначения аллергенспецифической иммунотерапии (АСИТ) в арсенале врача-аллерголога имеется широкий выбор фармакотерапевтических средств.

АСИТ используется в клинической практике более 100 лет. Это метод введения возрастающих доз специфических аллергенов пациентам с доказанной IgE-опосредованной сенсibilизацией. АСИТ позволяет не только уменьшить симптомы в сезон цветения и потребность в ле-

карственных препаратах, но и остановить прогрессирующее течение заболевания.

Противопоказаниями к проведению АСИТ являются:

- ✓ тяжелые иммунологические и сердечно-сосудистые заболевания;
- ✓ злокачественные опухоли;
- ✓ текущая терапия бета-блокаторами (даже в виде глазных капель);
- ✓ неконтролируемая бронхиальная астма (объем форсированного выдоха за первую секунду после лечения < 70%).

Кроме того, АСИТ не следует проводить беременным и пациентам с низким комплаенсом [4].

Хирургическое лечение АР проводят пациентам с сопутствующей или сочетанной патологией – хроническим синуситом, искривлением носовой перегородки, являющимися причиной назальной обструкции, носовых полипов.

Основной проблемой в лечении АР остается недооценка степени тяжести заболевания и соответственно назначение неадекватного объема фармакотерапии. Нередко это приводит к снижению приверженности лечению, незаслуженной дискредитации препаратов, утяжелению течения заболевания, развитию осложнений.

Терапия АР сугубо индивидуальна. При выборе тактики лечения учитываются возраст, частота возникновения и тяжесть симптомов, степень снижения качества жизни, результаты предыдущего лечения, сопутствующие заболевания [8, 9].

Фармакотерапия предусматривает использование нескольких групп лекарственных препаратов. Это антигистаминные препараты (АГП), стабилизаторы мембранных клеток, антихолинергические средства, интраназальные глюкокортикостероиды (ГКС).

В большинстве случаев АР хорошо поддается лечению. Пациентам с интермиттирующими симптомами заболевания, как правило, назначают пероральные или интраназальные АГП, деконгестанты или и те и другие в режиме «по

требованию». Пациентам с персистирующими симптомами заболевания рекомендуют интраназальные ГКС длительным курсом. Применение глазных антигистаминных капель (для купирования симптомов со стороны глаз), интраназальных антихолинергических спреев, в редких случаях пероральных ГКС короткими курсами (для купирования острых, тяжелых состояний) облегчает симптомы.

## Антигистаминные препараты

Бытует мнение, что препаратами первого выбора для лечения АР легкого интермиттирующего течения являются АГП [10]. АГП активно купируют такие симптомы АР, как чихание, ринорея, но недостаточно эффективны в лечении заложенности носа. АГП первого поколения (хлорфенирамин, бромфенирамин и др.) часто вызывают побочные эффекты (сухость во рту, сонливость) и не рекомендованы для лечения АР. Современные АГП, не вызывающие сонливость, относятся к АГП второго поколения (лоратадин, дезлоратадин, фексофенадин, цетиризин, левоцетиризин, рупатадин). Препараты этой группы не обладают седативным эффектом, в связи с чем рекомендованы АRIA для лечения АР у взрослых и детей [2]. Препараты могут использоваться как в режиме «по требованию» при минимальных симптомах ринита, так и на длительной основе, например в течение периода поллинозиса. Топические АГП левокабастин и азеластин эффективны у больных интермиттирующим АР легкого течения. Они активно купируют симптомы зуда, чихания, но неэффективны при заложенности носа.

## Деконгестанты

Системные (пероральные) или местные (топические) деконгестанты можно использовать коротким курсом для уменьшения заложенности носа в качестве монотерапии или в сочетании с АГП, интраназальными ГКС. Стимуляция альфа-адренерги-



ческих рецепторов приводит к сужению сосудов, снижает кровенаполнение слизистой оболочки носа и способствует уменьшению ее отека. Топические деконгестанты (например, ксилометазолин или оксиметазолин) не следует использовать больше недели. Длительное применение способно привести к усилению отека слизистой оболочки носа и возникновению медикаментозного ринита. К пероральным деконгестантам относятся псевдоэфедрин, фенилпропаноламин и фенилэфрин. Глазные капли, в состав которых входят АГП и симпатомиметик, эффективны в лечении глазных симптомов легкой степени тяжести. Симпатомиметик, действуя как вазоконстриктор, уменьшает красноту и раздражение конъюнктивы.

**Препараты хромоглициевой кислоты**  
Препараты хромогликата или недокромила натрия относятся к стабилизаторам мембран тучных клеток. Как правило, они применяются у детей для лечения легких форм АР. У препаратов данной группы низкая частота побочных эффектов, равно как и эффективность. Они уступают лекарственным средствам других классов. Препараты хромогликата натрия назначают минимум за две недели до сезона цветения, поскольку максимальный эффект наступает через несколько дней (12–14 дней).

**Антилейкотриеновые препараты**  
Эти лекарственные средства используются как для монотерапии АР, так и в комбинации с пероральными АГП. Эффективны при сезонных проявлениях АР, в сочетании с бронхиальной астмой. Промывание носа солевыми растворами облегчает легкие симптомы АР в сочетании с другими препаратами, особенно перед применением других местнодействующих средств.

**Интраназальные ГКС**  
Препараты характеризуются высокой терапевтической актив-

ностью при минимальном риске побочных эффектов, в частности системных, устраняют все носовые симптомы АР, позволяют контролировать клиническое течение болезни.

Сегодня принято считать, что противовоспалительный эффект ГКС обусловлен двумя механизмами: усилением транскрипции противовоспалительных генов и подавлением транскрипции провоспалительных генов. ГКС уменьшают воспалительную реакцию, количество тучных клеток и эозинофилов на поверхности слизистой оболочки носа, угнетают высвобождение медиаторов из клеток, снижают гиперреактивность и проницаемость сосудов. Выбор топических ГКС определяется особенностями течения АР, его тяжестью, наличием осложнений и сопутствующих заболеваний. Интраназальные ГКС являются препаратом выбора в лечении больных с персистирующим АР среднетяжелого и тяжелого течения, а также в случае, когда заложенность носа является ведущим симптомом [11]. В отличие от других препаратов они активно снижают выраженность всех симптомов заболевания (заложенность носа, ринорею, чихание и зуд), назальную и бронхиальную гиперреактив-

ность, воспаление слизистой оболочки. Эффект проявляется через 6–12 часов и достигает максимума через несколько дней [10]. К наиболее используемым препаратам этой группы относятся:

- беклометазон (Беклат, Беконазе, Кленил);
  - флутиказона пропионат (Фликсоназе);
  - флутиказона фуруат (Авамис);
  - будесонид (Ринокорт);
  - триамцинолон (Назакорт);
  - мометазона фуруат (Назонекс).
- Интраназальные ГКС следует использовать в течение длительного периода. Необходимо информировать пациентов о том, что для развития максимального клинического эффекта топических ГКС требуется несколько дней. Побочные эффекты в виде сухости и раздражения слизистой оболочки носа и глотки, носовые кровотечения отмечаются редко.

#### Мометазона фуруат

Мометазона фуруат (Назонекс, MSD) обладает наиболее выраженным среди ГКС противовоспалительным действием, оказывает влияние на раннюю и позднюю фазы аллергического воспалительного ответа. Назонекс начинает действовать уже через 7–11 часов после приема первой дозы [12]. Применение

#### Мометазона фуруат: фармакодинамика

Мометазона фуруат – синтетический ГКС для местного применения. Оказывает противовоспалительное и противоаллергическое действие при применении в дозах, при которых не возникает системных эффектов. Тормозит высвобождение медиаторов воспаления, повышает продукцию липомодулина, являющегося ингибитором фосфолипазы А, что обуславливает снижение высвобождения арахидоновой кислоты и соответственно угнетение синтеза продуктов метаболизма арахидоновой кислоты. Предупреждает краевое скопление нейтрофилов, уменьшает воспалительный экссудат и продукцию лимфокинов, тормозит миграцию макрофагов, приводит к уменьшению процессов инфильтрации и грануляции. Уменьшает воспаление за счет снижения образования субстанции хемотаксиса (влияние на поздние реакции аллергии), тормозит развитие немедленной аллергической реакции



Назонекс один раз в сутки позволяет контролировать симптомы АР (в том числе заложенность носа) в течение 24 часов. Назонекс не вызывает сухости слизистой оболочки носа, поскольку содержит увлажнитель. При длительном применении способствует восстановлению гистологической структуры слизистой оболочки носа до нормы. Побочные эффекты интраназальных ГКС напрямую зависят от величины показателя их системной биодоступности. Назонекс при назначении в виде водного назального спрея отличается крайне низкой биодоступностью (< 1%) и практически не определяется в плазме крови даже при использовании высокочувствительных

методов исследования. Крайне низкая биодоступность обуславливает отсутствие системного действия даже при 20-кратном увеличении дозы. Высокая безопасность определяет возможность применения Назонекса у пациентов разного возраста – как у взрослых (в том числе у пациентов старческого возраста), так и у детей с двух лет.

Согласно инструкции производителя интраназальный ГКС мометазона фураат можно использовать в качестве препарата превентивной терапии у пациентов с сезонными проявлениями АР. Это доказано результатами исследований, в ходе которых пациенты начинали получать лечение до сезона поллинииции. При

назначении препарата в преддверии сезона цветения причинно-значимого аллергена у пациентов отмечалось уменьшение симптомов АР, а также общего индекса неназальных симптомов, таких как аллергический конъюнктивит [9, 12].

### Заключение

Современные подходы к комплексной терапии АР, рекомендованные международными согласительными документами, высокоэффективны и безопасны, предусматривают четкий алгоритм действий. Задача лечебных мероприятий состоит в том, чтобы влияние АР на качество жизни и работоспособность пациента были минимальны. ☺

### Литература

1. Аллергический ринит и его влияние на бронхиальную астму. Руководство. ARIA, 2011.
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. Virchow J.C. Asthma, allergic rhinitis, sinusitis. Concept of the 'unified respiratory tracts' // *HNO*. 2005. Vol. 53. Suppl. 1. P. S16–20.
4. 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.
5. Blaiss M.S. Rhinitis-asthma connection: epidemiologic and pathophysiologic basis // *Allergy Asthma Proc*. 2005. Vol. 26. № 1. P. 35–40.
6. Van Cauwenberge P., Bachert C., Passalacqua G. et al. Consensus statement on the treatment of allergic rhinitis. European Academy of Allergology and Clinical Immunology // *Allergy*. 2000. Vol. 55. № 2. P. 116–134.
7. Горячкина Л.А., Дробик О.С., Насунова А.Ю. Поллинозы: современный взгляд на проблему // *Вестник семейной медицины*. 2012. № 1. С. 10–16.
8. Kremer B. Quality of life scales in allergic rhinitis // *Curr. Opin. Allergy Clin. Immunol*. 2004. Vol. 4. № 3. P. 171–176.
9. Weiner J.M., Abramson M.J., Puy R.M. et al. Intranasal corticosteroids versus oral H1 receptor antagonists in allergic rhinitis: systematic review of randomised controlled trials // *BMJ*. 1998. Vol. 317. № 7173. P. 1624–1629.
10. Juniper E.F. Quality of life in adults and children with asthma and rhinitis // *Allergy*. 1997. Vol. 52. № 10. P. 971–977.
11. Shedden A. Impact of nasal congestion on quality of life and work productivity in allergic rhinitis: findings from a large online survey // *Treat. Respir. Med*. 2005. Vol. 4. № 6. P. 439–446.
12. Yanez A., Rodrigo G.J. Intranasal corticosteroids versus topical H1 receptor antagonists for the treatment of allergic rhinitis: a systematic review with meta-analysis // *Ann. Allergy Asthma Immunol*. 2002. Vol. 89. № 5. P. 479–484.

### Allergic rhinitis: modern approaches to diagnostics and therapy

O.S. Drobik

*Russian medical academy of postgraduate education*

Contact person: Olga Sergeevna Drobik, olga-drobik@mail.ru

*Despite general information available about modern approaches for diagnostics and therapy of allergic rhinitis (AR), however, the situation around this problem is far from being perfect. A forefront problem is untimely diagnostics of AR by the primary care physicians that eventually results in selection of inappropriate therapeutic methods. Here, the main methods of diagnostics and therapy of AR are outlined.*

**Key words:** allergic rhinitis, causative allergens, intranasal glucocorticoides, Nasonex