



ГБОУ ДПО
«Российская
медицинская
академия
последипломного
образования»,
кафедра
клинической
аллергологии

Локальный аллергический ринит: миф или реальность?

Н.М. Ненашева

Адрес для переписки: Наталья Михайловна Ненашева, 1444031@gmail.com

Локальный аллергический ринит (ЛАР) является формой аллергического ринита (АР) с типичными клиническими симптомами и данными анамнеза, но отрицательными результатами кожных проб и отсутствием специфических иммуноглобулинов класса E (IgE) в сыворотке крови. Основу патогенеза ЛАР составляет локальная (в слизистой оболочке носа) гиперпродукция IgE-антител к круглогодичным и сезонным аллергенам. Назальный провокационный тест с аллергеном и определение специфических IgE в носу составляют основу диагностики ЛАР. Интраназальные глюкокортикостероиды – самые эффективные препараты для лечения всех форм АР. Современные формы топических глюкокортикостероидов, в частности мометазона фууроат (Назонекс®), хорошо переносятся больными и могут длительно использоваться в качестве базисной терапии среднетяжелых и тяжелых форм АР без риска угнетения мукоцилиарного транспорта, развития атрофии слизистой оболочки носа и других нежелательных побочных эффектов.

Ключевые слова: аллергический ринит, локальный аллергический ринит, интраназальные глюкокортикостероиды, мометазона фууроат

Ринит – самое распространенное заболевание человека, хорошо известное буквально каждому, поскольку не реже одного раза в год большая часть населения планеты переносит такое острое заболевание, как инфекционный вирусный ринит продолжительностью 7–10 дней.

Хроническим ринитом, в отличие от острого, страдает около 20% популяции [1]. Хронический ринит может быть инфекционным, аллергическим (АР) и неинфекционным/неаллергическим. Кроме того, как показано на рис. 1, эти формы ринита могут сочетаться [2]. Считается, что соотношение

аллергического и неаллергического ринита составляет 50 × 50 [3]. Однако выявление локальной формы АР может изменить это соотношение в пользу АР.

АР встречается практически во всех странах мира, им страдают от 15 до 40% населения во всех возрастных группах [4]. АР не относится к числу тяжелых заболеваний, тем не менее он существенно снижает качество жизни больных, провоцирует нарушения сна, ограничивает возможности при обучении и профессиональной деятельности [5]. Важность проблемы АР обусловлена также его тесной связью с такими заболеваниями, как бронхиальная астма, острый и хронический риносинусит, аллергический конъюнктивит, экссудативный средний отит [4].

Традиционно диагноз АР основывается на данных анамнеза и результатах специфического аллергологического обследования: положительных кожных тестах с аллергенами и/или выявлении специфических иммуноглобулинов класса E (IgE) в сыворотке крови. Ринит считается неаллергическим, если результаты кожного тестирования или лабораторных тестов на определение IgE отрицательны.



В 1975 г. К.Г. Huggins и J. Brostoff впервые выдвинули концепцию локальной продукции IgE-антител в слизистой оболочке носа у больных ринитом при отрицательном результате кожных проб с аллергенами [6]. Дальнейшие исследования подтвердили эту гипотезу: IgE были выявлены в слизистой оболочке носа у больных с неаллергическим и аллергическим ринитом. Одно из названий этого состояния – «энтотпия» – указывало на местный назальный IgE-обусловленный ответ на аллерген без признаков системной атопии, то есть системного IgE-ответа [7]. Отметим, что отечественные ученые, занимавшиеся изучением аллергических болезней в лаборатории А.Д. Адо, выделяли такую форму АР еще в 60-х гг. прошлого века и называли его изолированным АР. Более того, они также выделяли изолированную форму бронхиальной астмы, в частности пыльцевой. При этих формах заболевания у пациентов не воспроизводились кожные пробы, но провокационный назальный тест был положительным. Несмотря на то что в то время не представлялось возможным определение специфических IgE в сыворотке крови и назальном содержимом, да и IgE был открыт не так давно – только в 1967 г., предположение о существовании локальной формы АР и бронхиальной астмы отечественные исследователи высказали одними из первых [8].

Определение понятия «локальный аллергический ринит»

Локальный аллергический ринит (ЛАР) – заболевание, характеризующееся локальной (в слизистой оболочке носа) гиперпродукцией IgE против круглогодичных и сезонных аллергенов, Th₂-профилем воспаления в слизистой оболочке носа в ответ на аллергенный стимул, отсутствием специфических IgE в сыворотке крови и отрицательными результатами кожных проб с аллергенами, при этом заболевание проявляется типичными симптомами АР [9].

Существует много видов неаллергических/неинфекционных ринитов:

- гормональный;
- медикаментозный;
- неаллергический эозинофильный;
- ринит, индуцированный пищей;
- ирритантный;
- атрофический;
- эмоциональный;
- идиопатический.

Как видно по перечисленным выше формам, неинфекционные/неаллергические риниты представляют собой гетерогенную группу. Определенный вид такого ринита достаточно сложно верифицировать, так как не существует стандартизованных методов диагностики, и в большинстве случаев истинная причина ринита остается неизвестной. Чаще всего ставится диагноз «идиопатический» или «вазомоторный ринит». Как правило, диагноз неаллергического/неинфекционного ринита выставляется при отрицательных результатах специфического аллергологического обследования, однако за последнее десятилетие несколько исследований продемонстрировали, что у существенной части таких пациентов отмечается положительный результат назального провокационного теста с аллергеном клеща домашней пыли, пыльцы злаковых трав и оливы [10, 11], и в нескольких исследованиях была выявлена локальная (назальная) продукция специфических IgE [10–13]. Следовательно, речь идет о наличии ЛАР у категории больных, ранее расценивавшихся как пациенты с вазомоторным/идиопатическим ринитом.

Эпидемиология и патофизиология ЛАР

Истинная распространенность ЛАР в настоящее время неизвестна. Так, в нашей стране вовсе отсутствуют данные о распространенности ЛАР, хотя отдельные клинические наблюдения свидетельствуют о его наличии. Нет доступных данных о наличии и рас-



Рис. 1. Виды хронического ринита

пространенности ЛАР у детей [9]. Тем не менее проведенные исследования свидетельствуют о том, что у больных с симптомами ринита и отрицательными результатами специфического аллергологического обследования эта форма АР может быть представлена в 47–62,5% случаев, при этом у большей части этих пациентов ранее был диагностирован идиопатический или неаллергический эозинофильный ринит [10, 11, 14, 15].

Не ясно также, является ли ЛАР уникальным клиническим фенотипом АР или начальной стадией классического фенотипа АР. Высказываются предположения, что ЛАР лишь проявление легкой формы ринита, хорошо отвечающей на фармакотерапию. Не понятно, каков прогноз ЛАР в отношении астматических проявлений. Все эти вопросы требуют уточнения в многоцентровых эпидемиологических исследованиях, которые необходимо провести в различных географических регионах.

К настоящему времени продемонстрирована этиологическая значимость нескольких видов экзоаллергенов в отношении развития ЛАР. Это клещ домашней пыли, пыльца луговых трав и пыльца оливы [6, 10–15]. Способность других аллергенов индуцировать развитие ЛАР пока не изучена. Но нельзя исключить вероятность погрешностей при проведении назального провокационного теста с аллергенами (прежде всего это относится к пороговым дозам), что может приводить к гиподиагностике ЛАР.

Как упоминалось выше, локальная продукция специфических IgE, выявленная у пациентов с сим-



Мометазона фуоат (Назонекс®) уменьшает заложенность носа, а также снижает выраженность других сопровождающих АР симптомов, в том числе со стороны глаз.

птомами АР и отрицательными кожными пробами с аллергенами и отсутствием специфических IgE-антител в сыворотке, составляет основу патофизиологии ЛАР. Однако в период естественной экспозиции аллергена не у всех пациентов с ЛАР выявляются специфические IgE-антитела в слизистой оболочке носа [10, 11], что можно объяснить недостаточной чувствительностью методов определения специфических IgE-антител в назальном секрете, влиянием эффекта разведения, наличием скрытых аллергенов или иным иммунологическим (не IgE-обусловленным) механизмом.

Развитие высокочувствительных неинвазивных методов выявления специфических IgE в назальной слизистой оболочке позволит усовершенствовать диагностику ЛАР. Несколько лет назад D.G. Rowe и соавт. продемонстрировали наличие свободных легких цепей IgE в назальной слизистой оболочке и назальном секрете больных АР и неаллергическим ринитом, предположив, что они могут обуславливать немедленную аллергическую реакцию в носу с вовлечением тучных клеток [16]. Тем не менее, чтобы определить роль этих свободных цепей IgE в патогенезе ЛАР, необходимы дополнительные исследования. Исследования жидкости назального лаважа с помощью метода флоуцитометрии показало, что пациенты с ЛАР и классическим АР имеют одинаковый профиль клеточного воспаления в слизистой оболочке носа, представленный эозинофилами, базофилами, тучными клетками, CD3⁺ и CD4⁺ Т-клетками в период естественной экспозиции с аллергенами [10, 11]. Более чем у 70%

пациентов с ЛАР было выявлено высокое содержание (> 20%) эозинофилов в слизистой оболочке носа, уровень которых соответствовал неаллергическому эозинофильному риниту.

A. Wedbäck и соавт. показали, что после назального провокационного теста с аллергеном луговых трав у пациентов с ЛАР в слизистой оболочке носа отмечается активация тучных клеток, базофилов и продукция IgE. У пациентов возникла немедленный или двойной ответ после назальной провокации аллергеном, проявляющийся кроме симптомов ринита повышением уровня триптазы, эозинофильного катионного белка и IgE в назальном секрете, при этом высвобождение триптазы коррелировало с зудом в носу и чиханием. У пациентов только с немедленной реакцией отмечен повышенный уровень триптазы через 15 минут после провокации, сохранявшийся на протяжении 1 часа, тогда как у пациентов с двойным ответом был выявлен повышенный уровень триптазы через 15 минут, и он сохранялся на протяжении 6 часов после провокации аллергеном [15]. В последующем аналогичные результаты были получены и у пациентов с круглогодичным ЛАР в ответ на назальную провокацию клещом *Dermatophagoides pteronyssinus* [13]. В ходе этих двух исследований было сделано важное наблюдение: в течение первого часа после провокационного теста в слизистой оболочке носа начинается прогрессивно повышаться уровень IgE-антител, этот процесс продолжается 24 часа [13, 15]. Данный факт свидетельствует о наличии в слизистой оболочке носа персистирующей локальной продукции специфических IgE, которая существенно возрастает после аллергенного стимула.

Вместе с тем в настоящее время не ясно, имеют ли пациенты с ЛАР атопию, то есть генетическую предрасположенность к гиперпродукции специфических IgE. По данным ряда авторов, у некоторых пациентов с неаллергическим ринитом и отрицательными

результатами специфического аллергологического обследования результаты кожных и лабораторных тестов с аллергенами со временем становятся положительными [17]. Вполне вероятно, что по крайней мере у части пациентов с ЛАР со временем развивается классический АР с положительными кожными пробами на аллергены и специфическими IgE в сыворотке. В этом случае ЛАР можно считать начальной стадией АР, что согласуется с концепцией аллергического (атопического) марша. В пользу этой гипотезы свидетельствуют данные исследования, в котором изучалась эволюция ЛАР в процессе аллергенспецифической иммунотерапии (АСИТ). В процессе АСИТ аллергенами луговых трав у больных ЛАР наблюдалось изменение результатов кожных проб с аллергеном трав с отрицательных на положительные. Кроме того, несмотря на клиническое улучшение симптомов ринита, у них появились специфические IgE [18].

Клиническая картина и особенности диагностики ЛАР

Пациенты с ЛАР отмечают те же симптомы ринита, что и больные с обычным классическим АР. Ринорея, чихание, зуд в носу и заложенность носа типичны для ЛАР. Эти симптомы, развивающиеся, как правило, во взрослом возрасте, могут носить круглогодичный или сезонный характер, следовательно, по отношению к ЛАР применима та же классификация, что и в случае обычного АР. В зависимости от вида аллергена ЛАР может быть круглогодичным или сезонным, а в зависимости от длительности симптомов – интермиттирующим или персистирующим. Как показывают проведенные исследования, большинство пациентов с ЛАР отмечают среднетяжелые симптомы ринита, сопровождающиеся у 25–57% больных симптомами конъюнктивита, а у 33–47% – астматическими симптомами [10, 11]. Диагностика ЛАР сопряжена с определенными трудностями, по-



сколько существует много видов неаллергических неинфекционных ринитов, под маской которых может протекать эта форма АР. Вместе с тем ЛАР следует заподозрить, если у пациента в анамнезе есть указания на связь с экзоаллергенами, но результаты кожного и лабораторного тестирования отрицательные, что довольно четко можно проследить при сезонной аллергии, но затруднительно при круглогодичных симптомах ринита. Именно поэтому персистирующие круглогодичные симптомы ринита и отрицательные результаты традиционного специфического аллергологического обследования могут служить поводом для проведения в период ремиссии назального провокационного теста с аллергеном клеща домашней пыли и определения специфических IgE к клещу домашней пыли в назальном содержимом. На рис. 2 представлен алгоритм диагностики ЛАР, предложенный С. Rondón и соавт. [9].

Назальный провокационный тест с аллергеном и определение специфических IgE в носу составляют основу диагноза ЛАР. Исследование жидкости назального лаважа представляет собой неинвазивную методику, позволяющую оценить клеточный состав, маркеры воспаления и некоторые иммунологические показатели. Определение специфических IgE в жидкости назального лаважа, особенно после естественной или искусственной провокации аллергеном, является полезным инструментом диагностики локальной сенсibilизации. Этот диагностический тест *in vitro* имеет высокую специфичность, но низкую чувствительность (22–40%), что обусловлено прежде всего эффектом разведения [10, 11]. Назальный провокационный тест с аллергеном характеризуется наибольшей чувствительностью по сравнению с определением специфических IgE, определением триптазы и эозинофильного катионного белка в назальной слизистой оболочке [10–13]. Таким образом, положительный провокационный назальный тест с ал-



Рис. 2. Алгоритм диагностики локального аллергического ринита (АР)

лергеном у пациента, имеющего соответствующие данные анамнеза и клинические проявления, позволяет диагностировать ЛАР.

Лечение ЛАР

Терапия ЛАР принципиально не отличается от лечения обычного АР и состоит из элиминационных мероприятий, направленных на сокращение контакта с причинно-значимыми аллергенами, выявленными при проведении провокационного назального теста и/или определении специфических IgE в назальном содержимом, и фармакотерапии. Отличие лечения ЛАР от классического АР заключается в отсутствии опыта проведения АСИТ при этой форме АР. Как упоминалось выше, на данный момент существуют данные лишь одного пилотного исследования, в ходе которого изучали эффективность АСИТ аллергеном луговых трав у пациентов с ЛАР, обусловленным сенсibilизацией к пыльце луговых трав [18].

Сегодня в фармакотерапии АР используются 6 основных групп лекарственных препаратов:

- пероральные и топические антигистаминные средства;
- топические и системные глюкокортикостероиды;
- стабилизаторы тучных клеток (интраназальные кромоны);
- интраназальные и оральные деконгестанты;
- интраназальные антихолинергические средства;
- антилейкотриеновые препараты.

Топические глюкокортикостероиды применяются в лечении АР с 1973 г., с тех пор как появился первый препарат этой группы – беклометазон дипропионат. В настоящее время это самая эффективная группа фармацевтических препаратов для лечения АР. На отечественном фармацевтическом рынке представлено несколько препаратов топических глюкокортикостероидов для интраназального применения в виде спреев, дозированных аэрозолей, капель (таблица).

Высокая эффективность интраназальных глюкокортикостероидов при АР обусловлена их выраженным противовоспалительным действием и эффективным влия-



Таблица. Препараты интраназальных глюкокортикостероидов

Химическое название препарата	Торговое название препарата	Режим дозирования у взрослых	Режим дозирования у детей	Разрешен к применению
Беклометазона дипропионат	Насобек Ринокленил	50–100 мкг в каждую ноздрию 2–4 раза в день	50 мкг в каждую ноздрию 2–4 раза в день	С 6 лет
Будесонид	Тафен назаль Бенарин	50–100 мкг в каждую ноздрию 1–2 раза в день	50–100 мкг в каждую ноздрию 1–2 раза в день	Тафен назаль – с 6 лет Бенарин – с 18 лет
Флутиказона пропионат	Назарел	100 мкг в каждую ноздрию 1–2 раза в день	50 мкг в каждую ноздрию 1 раз в день	С 4 лет
Мометазона фуруат	Назонекс	100 мкг в каждую ноздрию 1–2 раза в день	50 мкг в каждую ноздрию 1–2 раза в день	С 2 лет
Флутиказона фуруат	Авамис	55 мкг в каждую ноздрию 1 раз в день	27,5 мкг в каждую ноздрию 1 раз в день	С 2 лет

нием на все этапы патогенеза болезни. Они уменьшают количество тучных клеток и секрецию ими медиаторов аллергии, сокращают количество эозинофилов, Т-лимфоцитов, клеток Лангерганса в слизистой оболочке носа, ингибируют синтез простагландинов и лейкотриенов, подавляют экспрессию молекул адгезии. Все эти эффекты приводят к редукции тканевого отека и нормализации носового дыхания, уменьшению секреции слизистых желез, чувствительности рецепторов слизистой оболочки носа и прекращению ринореи и чихания, подавлению специфической и неспецифической назальной гиперреактивности.

Современные формы топических глюкокортикостероидов хорошо переносятся большими и могут использоваться в качестве базисной терапии среднетяжелых и тяжелых форм АР без риска угнетения мукоцилиарного транспорта и развития атрофии слизистой оболочки носа. Иногда они вызывают местные побочные эффекты: сухость в носу, образование корочек, непродолжительные носовые кровотечения, но эти осложнения не опасны и чаще всего бывают связаны с неправильной техникой использования препарата, когда струя из пульверизатора направ-

ляется в сторону перегородки носа, а не на латеральную стенку полости носа. Чтобы избежать этой ошибки, пациентам следует рекомендовать применять для распыления препарата противоположную руку, то есть для инсуффляции лекарства в правую ноздрию пользоваться левой рукой, а в левую ноздрию инсуффлировать препарат правой рукой. Современные назальные глюкокортикостероиды имеют незначительный системный эффект, обусловленный их низкой системной биодоступностью, связанной с минимальной абсорбцией из желудочно-кишечного тракта и практически полной трансформацией в неактивные метаболиты при первом пассаже через печень.

Наиболее современные молекулы интраназальных глюкокортикостероидов (мометазона фуруат и флутиказона фуруат) имеют системную биодоступность менее 0,1%, поэтому эти препараты могут длительно (в течение нескольких лет) использоваться в качестве базисной терапии персистирующего АР при очень незначительном риске развития системных побочных эффектов, в том числе угнетения гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой системы. Следует особо подчеркнуть безопасность этих молекул при применении у детей.

В многочисленных клинических исследованиях не отмечено влияния данных препаратов на рост детей, поэтому именно они разрешены к применению с двухлетнего возраста.

Топические глюкокортикостероиды характеризуются довольно медленным началом действия (через 12 часов), а пика эффективности достигают в течение нескольких (5–7) дней. При выраженном отеке слизистой оболочки носа инсуффлируемый препарат не может достичь всех отделов полости носа и, соответственно, произвести свой эффект. В этой связи в первые дни лечения топическими глюкокортикостероидами иногда допускается кратковременное назначение сосудосуживающих препаратов, применение которых должно предшествовать инсуффляции глюкокортикостероидов, назначаемых 1–2 раза в сутки.

Многочисленные контролируемые клинические исследования мометазона фуруата (препарат Назонекс®) показали его высокую эффективность и превосходство перед системными и топическими антигистаминными препаратами и кромонами в лечении АР. Мометазона фуруат (Назонекс®) уменьшает заложенность носа, а также снижает выраженность других сопровождающих АР симптомов, в том числе со стороны глаз. Отметим, что мометазона фуруат (Назонекс®) – единственный интраназальный глюкокортикостероид, который, согласно инструкции по медицинскому применению препарата, имеет столь широкие показания к применению:

- для лечения сезонных и круглогодичных АР, а значит, и ЛАР;
- для профилактики сезонных АР (рекомендуется начинать применять за 2–4 недели до начала сезона пыления);
- для лечения острого синусита или обострения хронического синусита у взрослых (в том числе пожилого возраста) и подростков с 12 лет (в качестве вспомогательного терапевтического средства при



Назонекс®

(мометазон фуроат)

ИНТРАНАЗАЛЬНЫЙ ГЛЮКОКОРТИКОСТЕРОИД

Ваш союзник и эксперт
в борьбе с воспалением

Устраняет заложенность и другие симптомы
заболеваний носа и околоносовых пазух при:

- Сезонном аллергическом рините (лечение и профилактика)
- Круглогодичном аллергическом рините
- Остром риносинусите
- Обостренных хронического синусита
(в качестве вспомогательного средства)
- Полипозе носа

Избранная информация по безопасности

Назонекс — мометазон (мометазон), спрей назальный дозированный. **Лекарственная форма:** назальный спрей. **Состав:** При каждом нажатии дозирующего устройства назального спрея Назонекс® проксиоид вырост 50 мкг химически чистого M_{10} . **Фармакологические свойства.** Глюкокортикостероид (КС) для местного применения. АКС M_{10} АД. Оказывает противовоспалительное и противоаллергическое действие при применении в дозах, при которых не возникает системных эффектов. Показано в качестве средства профилактики и лечения сезонного и круглогодичного аллергического ринита (АР) у взрослых, подростков и детей 2 лет. Профилактическое лечение сезонного АР проводится в период цветения растений в течение сезона (2–4 недели до предполагаемого начала сезона цветения). Обострение ринита у взрослых и детей 2 лет (как правило в течение 2–12 лет) рекомендуется лечить Назонексом с 12 лет (рекомендуется до 2–4 недель до предполагаемого начала сезона цветения). Назонекс эффективен в профилактике рецидивов обострения сезонного АР. Назонекс эффективен в профилактике рецидивов обострения хронического ринита (АР) у взрослых. **Противопоказания:** Гиперчувствительность к КС или любому из компонентов назального спрея Назонекс, недавнее острое вирусное заболевание верхних дыхательных путей в возрасте до двух лет. В связи с отсутствием данных о применении назального спрея Назонекс у детей в возрасте до двух лет. **Препарат не может быть рекомендован для лечения больных этой возрастной группой. С осторожностью применять Назонекс**® при беременности и лактации. **Применение в виде интраназального ингаляций.** Ограничен, соображаясь во избежание рецидивов для лечения больных этой возрастной группой. **Способ применения и дозы:** Назонекс® применяется в виде интраназальных ингаляций. Ограничен, соображаясь во избежание рецидивов для лечения больных этой возрастной группой. В том числе старческого возраста и подростков. С 12 лет рекомендуется пробовать меньшие дозы: составлять 2 ингаляции (по 50 мкг каждая) в каждый носдрю 1 раз/день (суточная доза 200 мкг). После достижения лечебного эффекта для поддерживающей терапии целесообразно уменьшения дозы до 1 ингаляции в каждый носдрю 1 раз/день (суточная доза 100 мкг). При необходимости возможно увеличение дозы до 400 мкг в сутки, после уменьшения симптомов – снижение дозы. Начало действия препарата обычно отмечается клинически в течение первых 12 часов после первого применения препарата. **Для детей 2–11 лет:** Рекомендуется профилактическая доза – 1 ингаляция в каждый носдрю 1 раз/день (суточная доза 100 мкг). **Вспомогательное лечение обострений синусита:** Возможно в том числе старческого возраста и подростков с 12 лет. Рекомендуется профилактическая доза – 1 ингаляция в каждый носдрю 2 раз/день (суточная доза 400 мкг), возможно увеличение до 800 мкг, со снижением дозы после уменьшения симптомов. После 12-месячного лечения назальными спреями Назонекс® не возникло признаков аллергии (ринит, конъюнктивит, крапивница). **Полипоз носа:** по 2 ингаляции 2 раз/день в каждый носдрю, суточная доза 400 мкг, после уменьшения симптомов снижение до 200 мкг в сутки. **Побочное действие:** носовые кровотечения (около 5% на фоне применения), фарингит, ощущение жжения в носу, раздражение слизистой оболочки носа, жжение. Частота возникновения всех других нежелательных явлений была сопоставима с частотой их возникновения при назначении placebo. Очень редко при интраназальной применении КС отмечались случаи парротидной железы или повышения внутриглазного давления. **Меры предосторожности:** Как и при любом долгосрочном лечении, больше пользы приносит назальный спрей Назонекс® в течение нескольких месяцев и дольше, длительности роста у детей не отмечалось. При продолжительном лечении назальными спреями Назонекс® при развитии плавления хрящевых тканей носа (суточная доза 100 мкг в течение года), задержки роста у детей не отмечалось. При назальном применении Назонекс® после длительной терапии КС системного действия, требуются меры предосторожности. Отмена системных КС у таких больных может привести к недостаточности функции надпочечников, что может потребовать принятия соответствующих мер. **Применение во время беременности и лактации:** После интраназального назначения препарата в максимальной терапевтической дозе женщина не определяет в плазме крови даже в минимальной концентрации, следовательно, можно ожидать, что действие препарата на плод будет пренебрежимо малым, а потенциальная токсичность в отношении репродуктивной функции – очень низкой. Однако, в связи с тем, что специфических хороших контролируемых исследований действия препарата у беременных не проводилось, Назонекс следует назначать беременным женщинам, кормящим грудью, или женщинам детородного возраста только, если ожидается польза от его назначения оправдывает потенциальный риск для плода или новорожденного. **Взаимодействие с другими препаратами:** Сочетанная терапия подавляет возрастную переносимость больших доз. Исследования взаимодействия с другими препаратами не проводились. **Предосторожности:** Вспомогательные материалы (вспомогательные вещества) системного обострения препарата Назонекс® маловероятно, что при случайной или намеренной передозировке потребуются принятие каких-либо мер помимо наблюдений назальными ингаляциями, прилагаемыми в Рекомендованной дозе.

Список литературы

1. Benckowicz JB, Roehrsen S, Zora J, et al. Mometason furoate nasal spray is rapidly effective in the treatment of seasonal allergic rhinitis in an outdoor park, acute exposure setting. *Allergy Asthma Proc.* 1999;20:167-172. 2. Schenkel E, LaForce S, Gates D. Mometason furoate nasal spray is effective in relieving the ocular symptoms associated with seasonal allergic rhinitis. *Allergy Clin Immunol* 2007; 9:505-513. 3. Small et al. Efficacy and safety of mometasone furoate nasal spray in nasal polyposis. *J Allergy Clin Immunol.* 2005; vol. 116(6): 1275-81. 4. Slight R, Olsson P. Efficacy of Mometason Furoate Nasal Spray in the Postoperative Treatment of Nasal Polyposis. *EAMC 2008.* 5. Milstien O, Scharf O, Sametou L, et al. Assessment of long-term use of mometasone furoate aqueous nasal spray (Nasonex) in the treatment of perennial rhinitis. *Otolaryngol Head Neck Surg.* 1998; 118(5):648-654. 6. Nasonex Status Evaluation. *Shionogi.* 2006. 7. www.aarhpi.org 8. Инструкция по медицинскому применению препарата Назонекс®. Регистрационный номер – ПН01744/01



ООО «МСД Фармэджукэлс»

Россия, 115093, г. Москва, ул. Павловская, д. 7, стр. 1

Тел.: (495) 916 71 00, факс: (495) 916 70 94

RESF-1057198-0001; 10.2012



лечении антибиотиками или самостоятельного средства у пациентов без признаков тяжелой бактериальной инфекции);

- для лечения полипоза носа у взрослых (с 18 лет).

Таким образом, в лечении всех форм АР, включая локальный аллергический ринит, самой высокой эффективностью и благоприятным профилем безопасности, позволяющим проводить

длительную базисную терапию среднетяжелых и тяжелых форм АР, характеризуются современные интраназальные глюкокортикостероиды, в частности мометазона фуруат (Назонекс®). 🌟

Литература

1. 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–S334.
2. Van Rijswijk J.B., Blom H.M., Fokkens W.J. Idiopathic rhinitis, the ongoing quest // Allergy. 2005. Vol. 60. № 12. P. 1471–1481.
3. Fokkens W.J. Thoughts on the pathophysiology of nonallergic rhinitis // Curr. Allergy Asthma Rep. 2002. Vol. 2. № 3. P. 203–209.
4. 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.
5. Valovirta E., Myrseth S.E., Palkonen S. The voice of the patients: allergic rhinitis is not a trivial disease // Curr. Opin. Allergy Clin. Immunol. 2008. Vol. 8. № 1. P. 1–9.
6. Huggins K.G., Brostoff J. Local production of specific IgE antibodies in allergic-rhinitis patients with negative skin tests // Lancet. 1975. Vol. 2. № 7926. P. 148–150.
7. Powe D.G., Jagger C., Kleinjan A. et al. 'Entopy': localized mucosal allergic disease in the absence of systemic responses for atopy // Clin. Exp. Allergy. 2003. Vol. 33. № 10. P. 1374–1379.
8. Частная аллергология / Под ред. А.Д. Адо. М.: Медицина, 1976. 512 с.
9. Rondón C., Campo P., Togias A. et al. Local allergic rhinitis: concept, pathophysiology, and management // J. Allergy Clin. Immunol. 2012. Vol. 129. № 6. P. 1460–1467.
10. 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.
11. 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.
12. 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.
13. López S., Rondón C., Torres M.J. et al. Immediate and dual response to nasal challenge with *Dermatophagoides pteronyssinus* in local allergic rhinitis // Clin. Exp. Allergy. 2010. Vol. 40. № 7. P. 1007–1014.
14. Carney A.S., Powe D.G., Huskisson R.S. et al. Atypical nasal challenges in patients with idiopathic rhinitis: more evidence for the existence of allergy in the absence of atopy? // Clin. Exp. Allergy. 2002. Vol. 32. № 10. P. 1436–1440.
15. Wedbäck A., Enbom H., Eriksson N.E. et al. Seasonal non-allergic rhinitis (SNAR) – a new disease entity? A clinical and immunological comparison between SNAR, seasonal allergic rhinitis and persistent non-allergic rhinitis // Rhinology. 2005. Vol. 43. № 2. P. 86–92.
16. Powe D.G., Groot Kormelink T., Sisson M. et al. Evidence for the involvement of free light chain immunoglobulins in allergic and nonallergic rhinitis // J. Allergy Clin. Immunol. 2010. Vol. 125. № 1. P. 139–145.
17. Rondón C., Doña I., Torres M.J. et al. Evolution of patients with nonallergic rhinitis supports conversion to allergic rhinitis // J. Allergy Clin. Immunol. 2009. Vol. 123. № 5. P. 1098–1102.
18. Rondón C., Blanca-López N., Aranda A. et al. Local allergic rhinitis: allergen tolerance and immunologic changes after preseasonal immunotherapy with grass pollen // J. Allergy Clin. Immunol. 2011. Vol. 127. № 4. P. 1069–1071.

Local allergic rhinitis: myth or reality?

N.M. Nenasheva

State Budgetary Educational Institution for Continuing Professional Education 'Russian Medical Academy for Postgraduate Education', Clinical Allergology Department

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

Local allergic rhinitis (LAR) is a specific form of allergic rhinitis (AR) with typical history and clinical symptoms but without positive skin tests and antigen-specific serum immunoglobulins (Ig) E antibodies. LAR pathogenesis is characterized by local hyperproduction of specific IgE against perennial and seasonal allergens in nasal mucosa. LAR diagnosis is based on positive nasal allergen provocation test and identification of specific IgEs in nasal mucosa. Nasal corticosteroids are the most effective agents for the treatment of all forms of AR. Modern pharmaceutical forms of topical corticosteroids like mometasone furoate (e.g. Nasonex®) are well-tolerated and may be used for the long-term maintenance therapy of moderate and severe AR without the risk of ciliotoxicity, nasal mucosa atrophy and other adverse side effects.

Key words: allergic rhinitis, local allergic rhinitis, nasal corticosteroids, mometasone furoate