

АНАЛИЗ СОВРЕМЕННЫХ СХЕМ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО РИНИТА ПО ДАННЫМ АМБУЛАТОРНОЙ СЛУЖБЫ ПОЛИКЛИНИК МОСКВЫ

В понятие «ринит» входит большая гетерогенная группа заболеваний с различной этиологией и патофизиологическими механизмами развития. Последние консенсуальные документы рекомендуют классифицировать все риниты на 3 основных типа: инфекционный, аллергический (АР) и неинфекционный и неаллергический с последующим подразделением каждого типа на отдельные подтипы. В Российской Федерации стандарты и клинические рекомендации разработаны только в отношении аллергического ринита. Проведен анализ тактики лечения 779 пациентов с хроническим ринитом в амбулаторных условиях. При формулировке диагноза использовали шифр J31.0 и J30.0 и термины «Гипертрофический ринит» и «Вазомоторный ринит» при неаллергическом рините, при аллергическом генезе пользовались шифром J30.4. и названиями «Аллергический ринит» или «Вазомоторно-аллергический ринит», однократно был указан диагноз «Интермиттирующий АР», а степень тяжести была упомянута только у 2 пациентов. При АР (216 человек) комплексное исследование выполнено в 6,5%, в 52,7% диагноз установлен эмпирическим путем. Антигистаминные препараты были выписаны в 27,3%, интраназальные кортикостероиды в 77,8%, монтелукаст в 9,7%, АСИТ проведен в 1,9%. При неаллергическом рините (563 человека) интраназальные кортикостероиды получали 77,4%, антигистаминные препараты в 7,5%, монтелукаст в 3,7%, хирургическое лечение в 4,8%. В обеих группах отмечены оригинальные методы терапии в виде местных антибиотиков, гомеопатических препаратов, бактериальных лизатов. В группе АР выявлено нарушение схемы пошаговой терапии.

Ключевые слова: ринит, аллергия, классификация, качество жизни, лечение, антигистаминные препараты, топические кортикостероиды, АСИТ.

E.L. SAVLEVICH¹, PhD in medicine, V.S. KOZLOV¹, MD, Prof., M.A. ZHARKIKH², D.A. CHERNYSHOVA¹, E.A. RUZAKOVA¹

¹ Central State Medical Academy of Department of Presidential Affairs of RF, Moscow

² Ninth Diagnostic and Treatment Centre of Ministry of Defence of Russia, Moscow

ANALYSIS OF CURRENT THERAPEUTIC APPROACHES TO CHRONIC RHINITIS ACCORDING TO THE POLYCLINIC DATA OF AMBULATORY SERVICE OF MOSCOW

The term «rhinitis» comprises a large heterogeneous group of diseases with different etiology and pathophysiological mechanisms. The latest consensual documents recommend that all rhinitis be classified into 3 main types: infectious, allergic (AR) and non-infectious and non-allergic with subsequent subdivision of each type into separate subtypes. In the Russian Federation, standards and clinical guidelines have been developed only for allergic rhinitis. The therapeutic agement of 779 patients with chronic rhinitis in outpatient settings have been analysed. When formulating the diagnosis, codes J31.0 and J30.0 and the terms «Hypertrophic rhinitis» and «Vasomotor rhinitis» were used for non-allergic rhinitis, while code J30.4 and the terms «Allergic rhinitis» or «Vasomotor-allergic rhinitis» were used for allergic genesis. The diagnosis «Intermittent AR» was indicated once, and severity was mentioned only in 2 patients. In AR group (216 people), a comprehensive study was performed in 6.5% of cases, the diagnosis was established empirically in 52.7% of cases. Antihistamines were prescribed in 27.3% of cases, intranasal corticosteroids in 77.8%, montelukast in 9.7%, allergen-specific immunotherapy was performed in 1.9%. In non-allergic rhinitis (563 patients), 77.4% intranasal received corticosteroids, 7.5% received antihistamines, 3.7% – montelukast, 4.8% underwent surgical treatment. In both groups, original methods of therapy in the form of local antibiotics, homeopathic drugs, bacterial lysates were reported. In the AR group, a violation of the step-by-step therapy regimen was identified.

Keywords: rhinitis, allergy, classification, quality of life, treatment, antihistamines, topical corticosteroids, allergen-specific immunotherapy.

Термин «ринит» применим для большой гетерогенной группы заболеваний с различной этиологией и патофизиологическими механизмами развития, которые объединены общей клинической картиной в виде 4 основных симптомов: заложенности носа, выделений из носа различного характера, чиханья и зуда в носу. При этом комбинации симптомов могут быть различными, могут дополняться другими болезненными ощущениями в виде нарушения обоняния, образования корок в носу и т. д. В настоящее время одним из основных параметров оценки состояния пациента и эффективности

проводимой терапии является показатель качества жизни, связанного со здоровьем (Health-related quality of life), который, с точки зрения больного, имеет большее значение, чем количественные показатели лабораторных анализов или других объективных методов исследования. Это многомерное понятие, дифференцированно определяющее влияние конкретного заболевания и проводимых лечебных мероприятий на психологическое, эмоциональное и физическое состояние человека [1].

По данным проведенных исследований, которые чаще всего выполнены при аллергическом рините (АР), практи-

чески 80% пациентов заявляют, что из всех клинических проявлений ринита именно заложенность носа доставляет наиболее неприятные и тягостные ощущения. В США выявлен интересный факт, что 15% людей, страдающих АР, утверждали, что не существует эффективных средств для его лечения [2].

Также в США был проведен крупный интернет-опрос, где оценивались результаты 2 002 анкет пациентов с АР. В исследовании участвовало одинаковое количество мужчин и женщин. Для объективной оценки анкеты детей и подростков, которые составляли 23% всех опрошенных, заполняли их родители или опекуны; 40% респондентов всех возрастов отметили заложенность носа при обострении АР как самый ненавистный им симптом, от которого хочется избавиться в первую очередь (9 баллов по 10-балльной шкале), по сравнению с другими клиническими проявлениями, которые также их тревожили. Они обозначали, что затруднение носового дыхания служило основной причиной обращения за медицинской помощью и было самым сложным для устранения признаком заболевания. Это заставляло их просыпаться по ночам, ухудшало процесс засыпания, затрудняло концентрацию во время работы/учебы (42/43%), что тем самым приводило к негативному эмоциональному фону у всех этих пациентов. Выделения из носа вызывало неприятные ощущения у 18% взрослых и 20% детей, чиханье в 12% случаев у взрослых и в 9% – у детей, а зуд в носу раздражал только 4% взрослых и 3% детей [3].

Для выбора оптимальной схемы ведения пациента и обеспечения полного контроля над симптомами ринита с целью устранения их негативного влияния на качество жизни каждого конкретного человека необходимо изначально правильно поставить диагноз и определить генез развития этого патологического состояния. Последние консенсуальные документы [4, 5] рекомендуют классифицировать все риниты на 3 основных типа:

1. Инфекционный ринит.
2. Аллергический ринит.
3. Неинфекционный и неаллергический ринит.

Лечение инфекционного ринита проводится в соответствии с принципами терапии любого инфекционного заболевания, основанными на элиминации этиологически значимого возбудителя, который может быть вирусного, бактериального или грибкового происхождения. Принимая во внимания, что острый инфекционный ринит в подавляющем большинстве является одним из проявлений катарального синдрома острого вирусного заболевания, при этой патологии отсутствует необходимость назначения системной иммуностимулирующей терапии, так как в преобладающем числе случаев у пациентов в начале заболевания чаще всего отмечается уменьшение содержания и секреторного IgA, и интерферона-α в назальной слизи, и нет отклонений в показателях системного иммунитета от общепринятых норм [6, 7].

Аллергический ринит за последние 2–3 десятилетия продолжает стремиться к лидирующим позициям в общей когорте хронических ринитов, его распространенность среди населения, по разным данным, колеблется в преде-

лах 10–40%. [8]. Он зарегистрирован у 86% пациентов с диагностированной бронхиальной астмой [9]. Привычную классификацию, разделяющую АР на сезонный и круглогодичный, в последние годы по рекомендациям программы ВОЗ ARIA рекомендуют дополнять выделением интермиттирующей и персистирующей формы по продолжительности клинических проявлений [10]. Но несмотря на неоспоримую пользу этого уточнения, в плане составления схемы ведения пациента с целью контроля его состояния в Международной классификации болезней 10-го пересмотра (МКБ-10) оно до сих пор так и не нашло отражения, поэтому редко употребляется в России при формулировке диагноза в практической работе врача. Также в последнее время отдельно выделяют локальный аллергический ринит (ЛАР) как отдельный фенотип АР, характеризующегося местной аллергической реакцией с локальным синтезом специфических IgE к аэроаллергенам (sIgE) при отсутствии системной аллергии [11]. Существование ЛАР как отдельной нозологической единицы в настоящий момент вызывает бурную дискуссию ведущих специалистов в области аллергологии. В нашей реальной жизни в России в данное время отсутствует стандартизация выполнения назального провокационного теста (НПТ) при подозрении на ЛАР, где была бы прописана четкая методика, время экспозиции и конкретный набор аллергенов, имеющих регистрацию в Российской Федерации. Поскольку для объективного подтверждения диагноза необходим положительный результат НПТ и/или выявление sIgE к конкретным аллергенам в назальной слизи при их отсутствии в сыворотке крови, что технически является еще более сложным для выполнения, диагностика ЛАР в рутинной амбулаторной практике в нашей стране на сегодняшний день затруднительна [12].

Наибольшее разнообразие клинических фенотипов объединено в группе «неинфекционный и неаллергический ринит». В позиционной статье Европейской академии по аллергологии и клинической иммунологии по неаллергическим ринитам, опубликованной в 2017 г. [5], выделяют 6 подтипов.

1. Сенильный ринит или ринит пожилых людей старше 65 лет, проявляющийся обильными двусторонними водянистыми выделениями из носа. В его развитии, наряду с анатомическими возрастными изменениями в виде утолщения кожи кончика носа и опущения его вниз, что приводит к ограничению потока воздуха через нос, большую роль играет дисрегуляция вегетативной нервной системы. Для лечения рекомендуют антихолинергические местные препараты [13].
2. Вкусовой ринит, в основе которого лежит аномальный вкусовой рефлекс ввиду гиперактивности неадренергической, нехолинергической или пептидергической нервной системы. Клинически выглядит появлением водянистой ринореи во время или сразу после приема горячей и острой пищи. Прием топических антихолинергических препаратов также значительно облегчает это состояние [14].
3. Профессиональный ринит, подразделяющийся на аллергический и неаллергический, возникает на фоне воз-

действия на слизистую полости носа профессиональных вредностей в виде пыли, агрессивных паров и газов, органических веществ. Механизм развития профессионального НАР до конца не ясен, считается, что в основе лежит неспецифическая гиперреактивность назальной слизистой. В связи с возможностью присоединения профессиональной бронхиальной астмы на его фоне игнорировать его лечение недопустимо [15, 16].

4. Гормональный ринит в результате дисбаланса на фоне беременности, климакса, во время разных фаз менструального цикла, акромегалии и гипопункции щитовидной железы. Отдельно выделяют состояние, когда симптомы ринита возникают на фоне приема оральных контрацептивов с целью предохранения от беременности или нормализации состояния во время климакса [17, 18]. Основной задачей оториноларингологов или врачей других специальностей, которые наблюдают пациента с подозрением на гормональный ринит, является своевременное направление его к соответствующим специалистам, поскольку только на фоне коррекции гормонального фона, которую проводят гинекологи и/или эндокринологи, клиника ринита регрессирует.
5. Группа лекарственно-индуцированных ринитов, внутри которой выделяют медикаментозный ринит на фоне длительного приема деконгестантов, и ринит, развивающийся как побочное действие при системном применении лекарственных препаратов по поводу различных заболеваний. Такое состояние может вызвать использование α/β -адреноблокаторов, ингибиторов фосфодиэстеразы 5-го типа и ангиотензинпревращающего фермента, блокаторов кальциевых каналов, антидепрессантов, нестероидных противовоспалительных препаратов. В последнее время для улучшения эректильной функции активно применяют силденафил (Виагра). Правильно собранный анамнез в этом случае может помочь устранить причину ринита [19].
6. Диагноз идиопатического ринита выставляется, когда исключен аллергический генез заболевания и все предыдущие причины НАР. Возникновение клинических проявлений связывают с неспецифической гиперреактивностью слизистой на различные триггеры. Возможным перспективным направлением может служить терапевтическое воздействие на ваниллоидные рецепторы ионных каналов с транзитным рецепторным потенциалом (TRPV) слизистой носа. В реальной жизни зарубежные руководства рекомендуют местные антихолинэргические препараты.

Поэтому несмотря на кажущуюся простоту проблемы, большая часть ее аспектов остаются недостаточно разработанными и дискуссионными, особенно в отношении неаллергического ринита, что, в свою очередь, затрудняет практическую деятельность врача на уровне диагностического и лечебного процесса в каждом отдельно взятом клиническом случае.

Цель исследования: проанализировать тактику лечения пациентов с хроническим ринитом в амбулаторных условиях поликлиник Москвы и сопоставить эти схемы с клиническими рекомендациями.

Материалы и методы: был проведен ретроспективный анализ 779 историй болезни пациентов с хроническими ринитами, согласно шифрам МКБ: **J30.0** – вазомоторный и аллергический ринит, **J30.1** – аллергический ринит, вызванный пылью растений (поллиноз), **J30.2** – другие сезонные аллергические риниты, **J30.3** – другие аллергические риниты (круглогодичный АР), **J30.4** – аллергический ринит неуточненный, **J31.0** – хронический ринит. Все пациенты находились под амбулаторным наблюдением врачей-оториноларингологов и аллергологов за период с марта 2016 по март 2017 г. Для удобства выполнения последующего анализа мы сформировали 2 группы пациентов. В первую группу мы отнесли больных аллергическим ринитом (216 человек, 85 мужчин и 131 женщину, средний возраст 32 ± 6), во вторую – пациентов, которым был поставлен диагноз хронический неаллергический ринит во всевозможных его вариациях (563 человека, 304 мужчины и 259 женщин, средний возраст 46 ± 4). Проведен анализ формулировки диагноза, частоты определения степени тяжести при аллергическом рините. В обеих группах хронического ринита оценивались методы диагностики и схемы лечения, которые рассматривались в течение всего времени нахождения пациента на амбулаторном наблюдении, в том числе, если какие-то лечебные или диагностические процедуры выполнялись в других медицинских учреждениях.

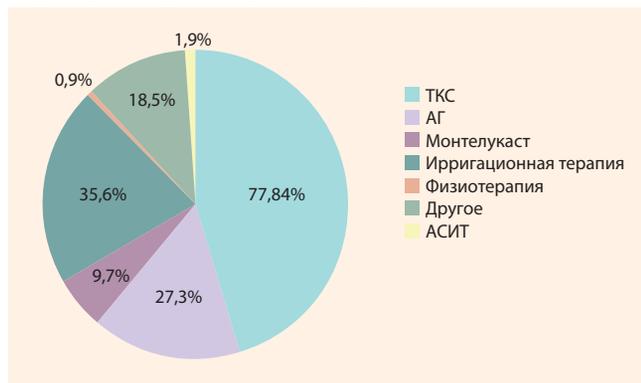
РЕЗУЛЬТАТЫ

Выявлено, что при формулировке диагноза НАР использовались термины «Вазомоторный ринит» или «Гипертрофический ринит», в группе АР диагноз был написан просто «Аллергический ринит» или «Вазомоторно-аллергический ринит», в основном используя шифр **J30.4**, который означает «Аллергический ринит неуточненный». Степень тяжести при АР, которая является основным критерием для определения объема медикаментозного лечения, была указана только в 2 случаях из 216 историй болезней, и лишь у одного пациента был выставлен «Интермиттирующий АР» согласно классификации ARIA.

У пациентов с аллергическим ринитом на диагностическом этапе комплексное обследование было выполнено только в 6,5%, а в 52,7% диагноз был установлен на основании анамнеза эмпирическим путем. При этом кожные пробы проведены в 31,3%, риноцитогаммы в 10,2%, анализ общего и специфического IgE сыворотки в 7,9%. При неаллергическом рините также доминировал эмпирический путь диагностики, в 69,3% анализ поставлен на основании жалоб и эндоскопического осмотра полости носа. Для проведения дифференциальной диагностики с АР кожные пробы в этой группе выполнены в 3,2%, риноцитогаммы в 1,4%, а определение общего и иногда специфического IgE сыворотки в 2,3%. На основании полученных результатов нельзя исключить гиподиагностику АР в когорте пациентов с НАР.

Для удобства сравнительного анализа тактики лечения мы рассматривали проведенную терапию у каждого пациента по двум основным направлениям: ирригационная (элиминационная) и медикаментозная терапия, одно-

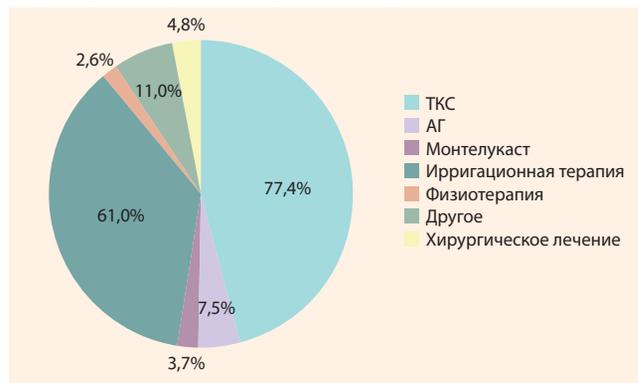
Рисунок 1. Процент назначения разных методов и групп препаратов при аллергическом рините



временно проведя подробный разбор назначения отдельных групп препаратов в каждой нозологической группе. Отдельно в группе АР посмотрели частоту назначения и проведения курсов аллергенспецифической иммунотерапии (АСИТ) и также в обеих группах проанализировали дополнительные назначения, физиотерапевтические процедуры, оригинальные схемы лечения, если таковые имели место быть (рис. 1, 2).

Ирригационная терапия рекомендована при всех видах ринита в современных зарубежных и российских согласительных документах. При аллергическом рините она снижает концентрацию аллергенов, гистамина, лейкотриенов и других биологически активных веществ в назальной слизи. Одновременно происходит механическое очищение слизистой носа, что позволяет снизить дозу и обеспечить доставку к рецепторам-мишеням наносимого при необходимости топического лекарственного препарата (кортикостероиды, деконгестанты и т. д.). Удаление густого носового секрета восстанавливает работу мукоцилиарного транс-

Рисунок 2. Процент назначения разных методов и групп препаратов при неаллергическом рините



порта, что снижает экспозицию на поверхности слизистой инфекционных агентов вирусного и бактериального происхождения и различных поллютантов, которые, помимо возможности развития инфекционного процесса, могут являться банальными триггерами, усугубляющими симптомы ринита любого генеза. Орошение слизистой носа назначалось в 54% (421 человек) анализируемых нами случаев хронического ринита. Она проводилась у 61% пациентов группы НАР и в 35,6% при аллергическом рините. В основном рекомендовали изотонический раствор морской воды в виде аэрозолей разных фирм, без видимых предпочтений конкретному препарату. Другие средства барьерной терапии в назначениях пациентам отсутствовали.

Кроме элиминационных методов и образовательных программ пациента, страдающего аллергическими заболеваниями, современные подходы лечения больных с АР включают специфическую иммунотерапию и медикаментозную терапию, которая формируется на основе принципа ступенчатого подхода (табл.). Согласно рекомендациям

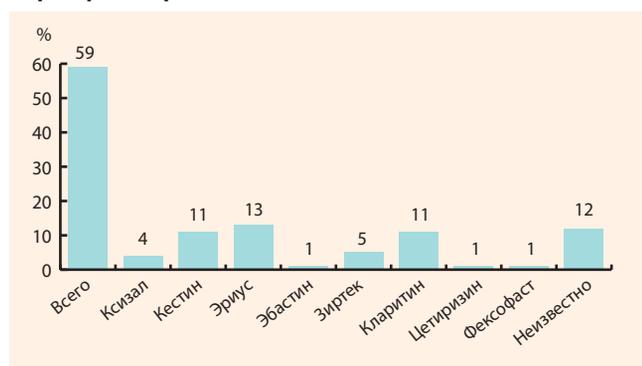
Таблица. Ступенчатая схема терапия аллергического ринита по ARIA [10]

Интерmittирующий аллергический ринит		Персистирующий аллергический ринит	
Легкий	Среднетяжелый	Легкий	Среднетяжелый
I степень	II степень	III степень	
<ul style="list-style-type: none"> оральные или интраназальные H1-блокаторы и/или деконгестанты или антилейкотриеновые средства (не в порядке предпочтения, а в качестве дополнения) 	<ul style="list-style-type: none"> интраназальные кортикостероиды или оральные либо интраназальные H1-блокаторы и/или деконгестанты или антилейкотриеновые средства (либо интраназальные кромоны) (не в порядке предпочтения) <p>При персистирующем рините при улучшении в течение 2–4 недель</p> <ul style="list-style-type: none"> продолжить лечение 1 мес., при отсутствии эффекта – степень вверх 	<p>В порядке предпочтения:</p> <ul style="list-style-type: none"> интраназальные кортикостероиды; оральные H1-блокаторы или антилейкотриеновые средства. <p>При улучшении в течение 2–4 недель степень вниз и продолжить лечение в течение 1 мес.</p> <p>При отсутствии эффекта:</p> <ul style="list-style-type: none"> увеличить дозу интраназальных кортикостероидов; при зуде и ринорее добавить ипратропиума бромид; при зуде и чиханье добавить H1-блокаторы <p>При отсутствии эффекта решить вопрос о целесообразности хирургического лечения (например, полипов носа)</p>	
При наличии конъюнктивита добавить оральные H1-блокаторы или интраокулярные H1-блокаторы			
При наличии показаний рассмотреть возможность применения иммунотерапии аллергенами на любой степени терапии			
При улучшении – степень вниз, при ухудшении – степень вверх			

ARIA [10], которые принципиально согласуются с российскими клиническими рекомендациями [20], при легкой степени интермиттирующего ринита назначается лечение первой ступени, при среднетяжелой степени интермиттирующего или легкой степени персистирующего ринита проводится лечение второй ступени, при среднетяжелой степени персистирующего ринита осуществляется терапия третьей ступени. Основным принцип «step by step» терапии заключается в определении объема терапии и дозы назначаемых препаратов в зависимости от степени тяжести. При достижении контроля симптомов необходимо снизить объем назначаемых препаратов и их дозу, при отсутствии контроля над клиническими проявлениями АР объем терапии соответственно увеличивается.

При всем видимом удобстве этого подхода в условиях реальной медицинской практики это абсолютно не выполняется, что имеет свои объяснения. В связи с тем, что в международной классификации болезней 10-го пересмотра (МКБ-10) нет таких отдельных нозологических единиц, как «Интермиттирующий» и «Персистирующий» аллергический ринит, врачи-оториноларингологи и аллергологи одинаково выставляют в диагнозе только код МКБ, чаще **J30.4**, без уточнения сезонности клинических проявлений или временной протяженности заболевания в течение года, не указывая при этом степень тяжести. Возможно, в свою очередь, это приводит к нарушению последовательности пошагового назначения медикаментозной терапии. Во всех клинических рекомендациях основной базисной терапией АР являются антигистаминные препараты II поколения. В анализируемой нами группе пациентов с АР они были выписаны только в 27,3% (59 человек), из них только в 14% в виде монотерапии, в остальных случаях они рекомендовались только в сочетании с топическими кортикостероидами. Одновременно был выявлен положительный факт, что при назначении антигистаминных средств в 100% случаев рекомендовались только препараты второго поколения. Разброс по конкретным выписываемым антигистаминным препаратам был небольшой. Наибольшее количество раз (13 человек) назначался Эриус, одинаковое количество рекомендаций (по 11 пациентов) было у Кларитина и Кестина, 5 раз выписывался Зиртек, 4 раза

Рисунок 3. Процент назначения разных антигистаминных препаратов при АР



Ксизал, по 1 разу советовали принимать Эбаластин, Цетиризин и Фексофаст и у 12 больных в лечении была формулировка «антигистаминный препарат 2-го поколения» без указаний конкретного лекарственного вещества (рис. 3).

Вторым неожиданным моментом для нас был крайне низкий процент проведения аллергенспецифической иммунотерапии (АСИТ) при АР, хотя в настоящее время этот метод единственно видоизменяет характер реагирования организма на аллерген и влияет на все патологические звенья аллергического процесса, т. е. является патогенетическим, а не просто действует на симптомы ринита [21]. Согласно клиническим рекомендациям ПРАКИ после проведения АСИТ при АР отмечается уменьшение продолжительности обострения заболевания и снижается потребность в медикаментозной поддержке как базисной, так и симптоматической терапии. Очень важно, что проведение АСИТ позволяет предупредить расширение спектра аллергенов, к которым формируется повышенная чувствительность пациента и возможность развития бронхиальной астмы. Тем не менее из 216 пациентов АСИТ был выполнен только у 4 человек с АР, что составило 1,9%. При этом кожные пробы с определением значимых аллергенов в этой группе проведены у 68 пациентов, что составило 31,3%, а анализ специфического и общего IgE сыворотки у 17 человек (7,9%). Соответственно, выяснение клинически значимого аллергена из числа многих, на которых есть повышенная чувствительность в группе анализируемых нами пациентов с АР, было затруднительно, что, в свою очередь, делает затруднительным назначить схему проведения АСИТ.

Антагонист цистеиниловых лейкотриеновых (CysLT1) рецепторов (монтелукаст, выпускающийся под разными коммерческими названиями) при АР назначался в 9,7% (21 человек), при этом у 10 пациентов препарат назначался в комбинации с топическими кортикостероидами и антигистаминными препаратами, у 10 пациентов – только в сочетании с антигистаминными препаратами, без ТКС, и в одном случае препарат был назначен в виде монотерапии, при этом у этого больного сопутствующей бронхиальной астмы выявлено не было. Согласно рекомендациям ARIA и ПРАКИ по эффективности действия блокаторы рецепторов лейкотриенов по эффективности уступают антигистаминным препаратам, поэтому рекомендовано их назначать в составе комбинированной терапии АР, т. е. в порядке дополнения к проводимому лечению, а не в качестве предпочтения или не в качестве стартовой терапии.

Доминирующим методом лечения АР было назначение топических кортикостероидов – 77,8% (168 человек), из них в 64% (107 человек) в качестве монотерапии. Мы проанализировали название ТКС-препаратов, назначаемых при аллергическом рините. На первом месте (122 пациента) был Назонекс, его выписывали в 72,6%, на втором месте оказался Авамис – 29 пациентов (17,3%), 6 пациентов принимали Фликсоназе (3,6%), 4 больных – Момат рино адванс (2,4%), у 7 пациентов (4,1%) в назначениях была фраза «топические кортикостероиды» без

Рисунок 4. Процент назначения препаратов из группы топических кортикостероидов при НАР и АР



назначения конкретного лекарственного вещества. В качестве базисной монотерапии в общей группе пациентов с АР топические кортикостероиды были рекомендованы в 49,5% (107 человек), т. е. стартовая терапия сразу идет интраназальными кортикостероидами без антигистаминных препаратов (рис. 4).

Дополнительно в 18,5% (40 человек) больным АР были рекомендованы другие препараты. Из местных средств эндоназально назначалось персиковое масло, Полидекса, стафилококковый бактериофаг по разным схемам приема, орошение слизистой носа раствором мирамистина, тампоны в нос с димедроловой, метилурациловой мазью, солкосерилем в виде геля, мазью Бактробан, Бепантен, Локобейз липокремом. Для лечения аллергического конъюнктивита выписывались глазные капли Лекролин® и Кромогексал. Внутри 5 пациентам было назначено гомеопатическое средство Циннабсин, 6 пациентам подкожно вводился экстракт из культуры термофильного штамма золотистого стафилококка Рузам в течение 5–10 дней. Лишь в 26 случаях, что составляет 12% в период обострения аллергического ринита, не было назначено базового лечения, а было рекомендовано промывание слизистой носа растворами морской воды и сосудосуживающие капли при возникновении заложенности носа.

В группе неаллергического ринита интраназальные кортикостероиды получали 436 человек (77,4%). Лидирующие позиции также занял Назонекс, он был рекомендован 79% (343 человека), на втором месте равным образом, как и при аллергическом рините, оказался Авамис – 9,6% (42 человека), на третьем месте был Назорел – 7,8% (34 человека), Фликсоназе назначался в 2% (9 человек), Тафен назаль в 1,6% (7 человек) и один больной получал Насобек (0,2%). Лечение топическими кортикостероидами в виде монотерапии проводилось в 87,4% всех случаев назначения ТКС (381 человек), что составило 71,1% рекомендованной терапии в общей группе пациентов с НАР (рис. 4). Учитывая большую гетерогенность патологии, объединенной под диагнозом *неаллергический ринит*, такая тактика может иметь разумное объяснение. Антигистаминные препараты второго поколения были назначены 42 пациентам с НАР (7,5%). При этом 4 человека получали АГ в качестве монотера-

ОРИГИНАЛЬНОСТЬ ТРЁХ ПРЕИМУЩЕСТВ

ЭРИУС®

МАКСИМАЛЬНО УСТРАНЯЕТ АЛЛЕРГИЧЕСКОЕ ВОСПАЛЕНИЕ ПО СРАВНЕНИЮ С ДРУГИМИ АНТИГИСТАМИННЫМИ ПРЕПАРАТАМИ¹

НЕ ВЫЗЫВАЕТ СОНЛИВОСТЬ³

НЕ ВЗАИМОДЕЙСТВУЕТ С ДРУГИМИ ЛЕКАРСТВЕННЫМИ СРЕДСТВАМИ⁴

Рег. Уд. П. N014704/01, П. N014704/02.

Краткая инструкция по применению препарата Эриус. Эриус®. Таблетки, покрытые пленочной оболочкой/сироп. **МНН или группировочное название:** дезлоратадин. **Показания к применению:** аллергический ринит (устранение или облегчение чихания, выделения слизи из носа, зуда и заложенности носа, зуда и покраснения глаз, слезотечения, зуда неба); крапивница (уменьшение и устранение кожного зуда и сыпи). **Способ применения и дозы:** принимать регулярно в одно и то же время суток, независимо от времени приема пищи. Взрослым и подросткам от 12 лет – по 1 таблетке (5 мг) 1 раз в сутки. Сироп: детям в возрасте от 6 до 12 месяцев – по 1 мг (2 мл сиропа) 1 раз в день; детям в возрасте от 1 года до 5 лет – по 1,25 мг (2,5 мл сиропа) 1 раз в день; детям в возрасте от 6 до 11 лет – по 2,5 мг (5 мл сиропа) 1 раз в день; взрослым и подросткам от 12 лет – по 5 мг (10 мл сиропа) 1 раз в день. **Противопоказания:** повышенная чувствительность к дезлоратадину, другим компонентам препарата или лоратадину, беременность и период грудного вскармливания, детский возраст до 6 месяцев (для сиропа) или до 12 лет (для таблеток); для сиропа - непереносимость фруктозы, нарушение всасывания глюкозы-галактозы или недостаточность сахаразы-изомальтазы в организме. **С осторожностью:** тяжелая почечная недостаточность. **Побочное действие:** повышенная утомляемость, сухость во рту и головная боль; у детей до 2 лет – диарея, повышение температуры тела, бессонница. **Особые указания:** следует принимать во внимание потенциальную возможность развития таких побочных эффектов, как головокружение и сонливость, в таких случаях воздержаться от управления транспортными средствами и механизмами. Дезлоратадин одновременно с алкоголем следует принимать с осторожностью. **Рег. номер таблетки:** П N014704/02, **инструкция по применению** от 27.04.2017. **Рег. номер сироп:** П N014704/01, **инструкция по применению** от 01.06.2016. Полную информацию смотрите в инструкции по применению.

АО «Байер», 107113, Москва, 3-я Рыбинская ул., д. 18, стр. 2, тел.: +7 495 231-12-00

1. Canonica GW, Blaiss M. Antihistaminic, anti-inflammatory, and antiallergic properties of the Non-sedating second-generation antihistamine desloratadine: a review of the evidence. World Allergy Organ J. 2011;4(2):47-53. В сравнении с цетиризином, фексофенедином, лоратадином. Доказано in vitro. 2. Agrawal DK. Pharmacology and clinical efficacy of desloratadine as an anti-allergic and anti-inflammatory drug. Expert Opin Investig Drugs. 2001;10(3):547-60. 3. Augustin M, Ehle S. Safety and efficacy of desloratadine in chronic idiopathic urticaria in clinical practice: an observational study of 9246 patients. J Eur Acad Dermatol Venereol 2009;23(3):292-9. Не вызывает сонливости в 99,95% случаев. 4. Эриус: инструкция по применению препарата.

РЕКААМА **L.RU.MKT.CC.04.2016.1244**

ИНФОРМАЦИЯ ПРЕДНАЗНАЧЕНА ДЛЯ МЕДИЦИНСКИХ И ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИХ РАБОТНИКОВ

пии, 35 человек в комбинации с топическими кортикостероидами, что составило 8% от всех случаев назначения ТКС (381 человек).

Особо интересным было наблюдение назначения блокатора лейкотриеновых рецепторов Монтелукаста при неаллергическом рините у 21 пациента (3,7%). При этом в 17 случаев препарат назначался в комбинации с топическими кортикостероидами, у 3 пациентов совместно с ТКС и антигистаминными препаратами, а одному больному он был рекомендован в качестве монотерапии, при этом сопутствующей бронхиальной астмы у этих 21 человека не было.

У 27 человек было проведено хирургическое лечение на нижних носовых раковинах (4,8%), 15 пациентам (2,6%) применялись физиотерапевтические процедуры в объеме эндоназального фонофореза с гидрокортизоном, облучения нижних носовых раковин терапевтическим инфракрасным лазером, электрофореза с димедролом и ультрафиолетового облучения полости носа. Дополнительно в 11% (62 человека) рекомендовались другие различные средства. Местно назначались тампоны с метилурациловой, димедроловой мазью, гелем Виброцил, оливковым маслом, мазью Бактробан. Рекомендовалось орошение полости носа Мирамистином, 5%-ным раствором аминокaproновой кислоты. В качестве назальных спреев и капель применялись Ринофлуимуцил, IRS-19, Изофра, 2–3%-ный Протаргол. Семерым пациентам было рекомендовано гомеопатическое средство Циннабсин в комбинации с топическими кортикостероидами, 2 пациентам подкожно вводился экстракт из культуры термофильного штамма золотистого стафилококка Рузам в течение 7 дней. Назначался разными курсами Полиоксидоний, Деринат, Аскорути и Синупрет. В 17,4% (98 человек) при неаллергическом рините никакого лечения не назначалось или рекомендовалась только ирригационная терапия.

ОБСУЖДЕНИЕ

Проведенное нами исследование дает представление о характере назначаемой терапии при разных видах хронического ринита. Прежде всего, обращает на себя внимание факт, что в группе АР комплексное обследование было выполнено только в 6,5%, а в 52,7% диагноз был установлен на основании жалоб больного. При этом при проведении анализа в обеих группах мы принимали в расчет проведенные диагностические процедуры на протяжении всего периода заболевания пациента, а не только за последний год. Диагноз НАР был установлен эмпирическим путем в 69,3% (390 человек) без дополнительных методов диагностики. Учитывая, что соотношение распространенности аллергического и неаллергического ринита в мире примерно 3:1 [22], а в нашем исследовании из 779 пациентов АР был диагностирован у 216 человек, что составило 27,7%, возможно, имеет место быть гиподиагностика этого патологического процесса. Наряду с этим, можно констатировать минимальную дифференциальную диагностику в группе неаллергического ринита. Несмотря

на то что зарубежные эксперты говорят, что «Вазомоторный ринит» – это диагноз исключения, когда не найдены другие причины НАР, его популярность в нашей стране не вызывает сомнения [4]. С другой стороны, нет российских стандартов и руководств по этой гетерогенной группе заболеваний, которые были бы применимы на практике, где был бы разработан четкий диагностический алгоритм действий для выяснения той или иной причины хронического ринита неаллергической этиологии. Поэтому врач на амбулаторном приеме, имея в своем распоряжении ограниченное количество времени на каждого больного, не имеет возможности проводить сложные диагностические схемы с целью дифференциальной диагностики этого состояния, а выставляет диагноз «вазомоторный ринит», который официально указан в МКБ-10 под шифром **J30.0**. Было интересным отметить врачебные назначения блокатора лейкотриеновых рецепторов Монтелукаста в разных коммерческих вариациях в 3,7% при отсутствии у пациентов бронхиальной астмы и АР.

Согласно статье 43 РФ «Основы законодательства РФ об охране здоровья граждан», в клинической практике могут использоваться только лекарственные средства, разрешенные к применению в установленном законом порядке после государственной регистрации и по зарегистрированным показаниям

Одновременно имеются нарушения в назначении топических кортикостероидов при НАР, так как у многих препаратов в показаниях для применения указан лишь аллергический ринит, т.е. происходит выписка препарата «off label», что уже недопустимо. Согласно статье 43 РФ «Основы законодательства РФ об охране здоровья граждан», в клинической практике могут использоваться только лекарственные средства, разрешенные к применению в установленном законом порядке после государственной регистрации и по зарегистрированным показаниям [23]. Гомеопатический препарат Циннабсин также в инструкции для применения имеет только острое и хроническое воспаление придаточных пазух носа (гайморит, фронтит) в качестве показаний, а назначался пациентам в обеих группах.

Чтобы сопоставить полученные результаты с другими подобными работами, в литературе мы нашли несколько интересных сообщений. В Австралии проводили исследование по продаже лекарственных средств по поводу АР на уровне аптек за 2013–2014 гг. В 73% приобретались антигистаминные препараты, в 15% – топические кортикостероиды, при этом в 40% ТКС брали вместе с антигистаминными препаратами [24]. В Великобритании в 2001 г. при аналогичном изучении аптечных продаж при АР в 70% приобретались антигистаминные средства, в 14% – ТКС [25], практически подобное соотношение в сторону предпочтения антигистаминных препаратов нового поколения наблюдалось и в Польше [26].

Учитывая, что в отношении аллергического ринита по аналогии с бронхиальной астмой существуют четко разработанные схемы пошаговой терапии с принципом «от простого к сложному и назад», при подтверждении диагноза необходимо их соблюдать [10, 20]. В этих алгоритмах четко указано место каждой группы базовых препаратов (антигистаминных, ТКС и антагонистов лейкотриеновых рецепторов), длительность их назначения и возможные комбинации. Кроме того, обращает на себя внимание редкое назначение курса аллергенспецифической иммунотерапии, которая была проведена только в 4 случаях из всей выборки пациентов с АР. Для примера: в Канаде кожные пробы и АСИТ при аллергическом рините назначаются только в тяжелых случаях, не поддающихся стандартной фармакотерапии, что непосредственно врачами объясняется экономией государственных расходов в связи с тем, что эти лечебно-диагностические процедуры проводятся в этой стране за счет государства. Поскольку в России нет четких финансовых ограничений, более того, проведение АСИТ инъекционным способом входит в программу обязательных медицинских стандартов лечения АР. Поскольку это единственный известный на сегодняшний день метод, позволяющий прервать прогрессирования аллергического патологического процесса, достигнуть длительной ремиссии и остановить расширение спектра сенсибилизации, необходимо популяризировать этот метод лечения АР. В конечном итоге контроль течения атопического процесса предупредит развитие атопического типа бронхиальной астмы при определен-

ных фенотипах атопии, что является первостепенной задачей в тактике ведения этих пациентов. Более сложная ситуация имеется в отношении неаллергических ринитов, поскольку нет четкого плана диагностических процедур, и в России не зарегистрирована часть препаратов, которыми активно проводится лечение за рубежом. Тем не менее при выяснении этиологической причины НАР в большинстве случаев даст возможность проводить соответствующее лечение ринита, иногда совместно с другими специалистами, что приведет к более эффективным результатам.

ВЫВОДЫ

1. Диагностика аллергического и неаллергического ринита в большей половине случаев проводится эмпирическим путем.
2. Вероятна гиподиагностика аллергического ринита.
3. При написании диагноза АР не указывается степень тяжести, которая является основным критерием для определения объема медикаментозного лечения.
4. При лечении аллергического ринита нарушаются принципы пошаговой терапии, недооценивается потенциал применения антигистаминных препаратов.
5. В терапии обоих видов хронического ринита часто рекомендуются «оригинальные» лекарственные препараты (гомеопатические средства, различные мази, иммуномодуляторы), не имеющие в инструкции необходимые показания.



ЛИТЕРАТУРА

1. Жолдасбекова А.С., Калматаева Ж.А. Современные подходы к изучению качества жизни в медицине и кардиологии (литературный обзор). *Вестник Казахского Национального медицинского университета*, 2016, 3: 246-251.
2. Stewart M, Ferguson BJ, Fromer L. Epidemiology and burden of nasal congestion. *Dove Press Journal: International Journal of General Medicine*, 2010, 3: 37-45.
3. 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, 4(6): 439-446.
4. Papadopoulos NG, Bernstein JA, Demoly P, Dykewicz M, Fokkens W, Hellings PW, et al. Phenotypes and endotypes of rhinitis and their impact on management: a PRACTALL report. *Allergy*, 2015, 70(5): 474-94.
5. Hellings PW, Klimek L, Cingi C, Agache I, Akdis C, Bachert C, et al. Non-allergic rhinitis: Position paper of the European Academy of Allergy and Clinical Immunology. *Allergy*, 2017 May 5. <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/all.13200/full>.
6. Савлевич Е.Л., Бродовская О.Б., Ремизова И.И., Чистякова Г.Н., Ищенко А.М., Симбирцев А.С. Клинико-иммунологическая эффективность применения новой аэрозольной формы рекомбинантного интерферона-α2b в лечении больных с острыми назофарингитами. *Цитокины и воспаление*, 2010, 9(1): 49-56.
7. Енин И.В. Морфологические изменения слизистой оболочки полости носа и слуховых труб при простудных заболеваниях. *Российская ринология*, 2007, 2: 6.
8. Samoliński B, Sybilski AJ, Raciborski F, Tomaszewska A, Sameł-Kowalik P, Walkiewicz A, et al. Prevalence of rhinitis in Polish population according to the ECAP (Epidemiology of Allergic Disorders in Poland) study. *Otolaryngol Pol*, 2009, 63(4): 324-330.
9. Schoenwetter WF. Allergic rhinitis: epidemiology and natural history. *Allergy Asthma Proc*, 2000, 21(1): 1-6.
10. Brożek JL, Bousquet J, Baena-Cagnani CE, Bonini Sergio, Canonica GW, Casale TB, et al. Allergic Rhinitis and its Impact on Asthma (ARIA) guidelines: 2010 Revision. *J Allergy Clin Immunol*, 2010, 126(3): 466-476.
11. Rondón C, Campo P, Galindo L, Blanca-López N, Cassinello MS, Rodríguez-Bada JL, et al. Prevalence and clinical relevance of local allergic rhinitis. *Allergy*, 2012, 67(10): 1282-1288.
12. Савлевич Е.Л., Бодня О.С. Локальный аллергический ринит. Вопросы и ответы. *Альманах клинической медицины*, 2016, 44(7): XXVIII-XXXII.
13. Pinto JM, Jeswani S. Rhinitis in the geriatric population. *Allergy Asthma Clin Immunol*, 2010, 6(1): 10.
14. Georgalas C, Jovancevic L. Gustatory rhinitis. *Curr Opin Otolaryngol Head Neck Surg*, 2012, 20(1): 9-14.
15. Shusterman D. Nonallergic rhinitis: environmental determinants. *Immunol Allergy Clin North Am*, 2016, 36: 379-399.
16. Бабияк В.И., Накатис Я.А. Профессиональные болезни верхних дыхательных путей и уха: руководство для врачей. Под ред. В.И. Бабияка, Я.А. Накатиса. СПб.: Гиппократ, 2009. 696 с.
17. Millas I, Liquidato BM, Buck HdeS, Barros MD, Paes RA, Dolci JE. Evaluation of estrogenic receptors in the nasal mucosa of women taking oral contraceptives. *Contraception*, 2011, 83: 571-577.
18. Caparroz FA, Gregorio LL, Bongiovanni G, Izu SC, Kosugi EM. Rhinitis and pregnancy: literature review. *Braz J Otorhinolaryngol*, 2016, 82: 105-111.
19. Schroeve B, Pien LC. Nonallergic rhinitis: Common problem, chronic symptoms. *Cleveland Clinic Journal of Medicine*, 2012, 79(4): 285-293.
20. Федеральные клинические рекомендации по диагностике и лечению аллергического ринита Российской ассоциации аллергологов и клинических иммунологов. Москва. 2013. 19с.
21. Курбачева О.М., Польшер С.А., Смирнов Д.С. Аллергический ринит. Вечная проблема и ее современное решение. *Медицинский совет*, 2015, 3: 84-91.
22. Settignano RA. Epidemiology of Vasomotor Rhinitis. *World Allergy Organ J*, 2009, 2(6): 115-118.
23. Козлов ВС, Савлевич Е.Л. Полипозный риносинусит. Современные подходы к изучению патогенеза, диагностике и лечению. *Вестник оториноларингологии*, 2015, 80(4): 95-99.
24. Smith P, Price D, Harvey R, Carney AS, Kritikos V, Bosnic-Anticevich SZ, et al. Medication-related costs of rhinitis in Australia: a NostraData cross-sectional study of pharmacy purchases. *J Asthma Allergy*, 2017, 10: 153-161.
25. Sinclair H, Bond C, Lague G, Price D, Hannaford P. Community pharmacy provision of allergic rhinitis treatments: a longitudinal study of patient reported outcome. *Int J Pharm Pract*, 2005, 13: 249-256.
26. Nowak M, Brożek G, Doniec Z, Olszanecka-Glinianowicz M. The pharmacotherapy preferred by doctors in treatment of patients diagnosed with asthma or chronic obstructive pulmonary disease or allergic rhinitis and concomitant diseases: an epidemiological analysis. *Postepy Dermatol Alergol*, 2017, 34(2): 148-158.