

# ЭФФЕКТИВНЫЙ КОНТРОЛЬ СИМПТОМОВ

## У ПАЦИЕНТОВ С АЛЛЕРГИЧЕСКИМ РИНИТОМ

По прогнозу ВОЗ, к 2020 г. каждый второй ребенок будет страдать аллергическими заболеваниями. Аллергический ринит занимает одну из ведущих позиций в структуре аллергических заболеваний человека. Особое внимание научного и практического здравоохранения к этому вопросу вызвано целым спектром как медицинских, так и социальных аспектов. Лечение аллергического ринита требует разумного и комплексного подхода, учитывающего патогенез заболевания.

**Ключевые слова:** сезонный аллергический ринит, круглогодичный аллергический ринит, интраназальные глюкокортикостероиды, мометазона фуорат, Дезринит.

V.M. SVISTUSHKIN, MD, Prof., E.V. SINKOV, PhD in medicine

Sechenov First Moscow State Medical University of the Ministry of Health of Russia

EFFECTIVE CONTROL OF SYMPTOMS AT PATIENTS WITH ALLERGIC RHINITIS

According to the forecast of WHO, by 2020 every second child will have allergic diseases. Allergic rhinitis occupies one of the leading positions in structure of allergic diseases of the person. The special attention of scientific and practical health care to this question is caused by the whole range of both medical, and social aspects. Treatment of allergic rhinitis demands the reasonable and integrated approach considering pathogenesis of a disease.

**Keywords:** seasonal allergic rhinitis, year-round allergic rhinitis, intranasal glucocorticosteroids.

**А**ллергический ринит – это заболевание, вызванное опосредованной IgE воспалительной реакцией, развивающейся в результате контакта аллергенов со слизистой оболочкой полости носа и проявляющееся затруднением дыхания через нос, выделениями из полости носа, чиханием и ощущением зуда в носу. Симптомы данного заболевания носят обратимый характер, и возможно их полное купирование после прекращения действия аллергенов или под воздействием проводимой терапии [1].

Аллергический ринит является весьма распространенным заболеванием, в то же время эпидемиология его недостаточно изучена. По всей видимости, данная ситуация связана с тем, что диагноз аллергического ринита основывается на клинических симптомах, выраженность которых колеблется в широком диапазоне. В мире от 15 до 30% населения страдает круглогодичной или сезонной формой аллергического ринита. Выявляемость аллергического ринита среди пациентов, обратившихся на прием к семейному врачу, составляет 20 на 1 000 в Великобритании, 11 на 1 000 в Дании и 86 на 1 000 пациентов в Австралии. Примерно от 10 до 20% жителей Европы обнаруживают у себя различные по степени выраженности симптомы аллергического ринита в какой-либо момент своей жизни. В России заболеваемость аллергическим ринитом составляет от 13 до 24% [2, 3]. Необходимо указать на роль триггеров, провоцирующих развитие аллергических заболеваний слизистой оболочки полости носа. Известно, что наиболее высокую распространенность аллергического ринита выявляют в экологически неблагоприятных областях [4]. Общеизвестен тот факт, что частота заболеваемости аллергическим

ринитом имеет неуклонный рост в последние десятилетия. В тоже время около 40% населения имеет специфические IgE-антитела к различным аллергенам, что может расцениваться как признак атопического состояния, но только 15% страдает от проявлений аллергического ринита. Однако и здесь следует делать поправку в связи с тем, что приведенные цифры не включают в себя пациентов, не обращающихся за медицинской помощью, и пациентов, у которых ринит не был распознан врачом. Пик заболеваемости аллергическим ринитом зарегистрирован в возрасте от 18 до 24 лет. В подавляющем большинстве случаев отмечается сочетание аллергического ринита и конъюнктивита (риноконъюнктивит). И ни в коем случае не следует забывать о том, что аллергический ринит выявляют более чем у 80% пациентов, страдающих бронхиальной астмой [5, 6].

Диагностика аллергического ринита проводится на основании тщательного сбора жалоб и анамнеза, осмотра полости носа (включая эндоскопические методы), данных лабораторных показателей и аллергопроб. На основании анамнеза возможно связать сроки заболевания с определенным периодом года (чаще цветения различных видов растений) в случае сезонного аллергического ринита или с некоторыми факторами воздействия внешней среды при круглогодичных аллергических ринитах (реакция на домашнюю пыль, плесневые грибы, эпидермис домашних животных, клещей и т. д.). Особо следует обращать внимание на эффект элиминации – исчезновение симптомов заболевания при прекращении воздействия неблагоприятных факторов внешней среды на пациента. Тщательно собранный анамнез зачастую позволяет предположить диагноз аллергического ринита еще до проведения



Кожные пробы являются ведущим методом диагностики в аллергологии и используются для выявления IgE-зависимой аллергии. Правильно проведенные пробы позволяют подтвердить или опровергнуть наличие специфической аллергии у пациентов.

В тех случаях, когда результат кожной пробы труден для интерпретации или является недостоверным, когда аллерген не выявляется при кожных пробах или при невозможности их постановки, проводится определение общего и аллерген-специфических иммуноглобулинов E в сыворотке крови. Уровень общего IgE близок к нулю в

**Лечение пациентов с аллергическим ринитом проводится по трем основным направлениям: элиминационная терапия, иммунотерапия и медикаментозная терапия**

момент рождения у человека, но в течение жизни постепенно увеличивается. У среднего взрослого человека уровень IgE выше 100–150 Ед/л считается повышенным [7].

Внутриносовой провокационный тест имеет определенное диагностическое значение, однако требует больших временных затрат и может быть потенциально опасным, особенно у пациентов с бронхиальной астмой.

Лечение пациентов с аллергическим ринитом проводится по трем основным направлениям: элиминационная терапия, иммунотерапия и медикаментозная терапия.

Основная задача элиминационной терапии состоит в устранении аллергенов и в контроле за состоянием окружающей среды. Зачастую полностью избежать контакта с аллергенами невозможно. В связи с этим разрабатываются способы механической очистки слизистой оболочки полости носа от попадающих на нее аллергенов. Широкое распространение получили различные модификации носового душа. Растворы, используемые для промывания полости носа, должны быть исключительно изотоническими. Применение гипотонического или гипертонического растворов ведет к нарушению функции мукоцилиарной системы вплоть до ее полной блокады. Еще одним немаловажным моментом является то, что элиминация аллергенов со слизистой оболочки полости носа в конечном счете ведет к уменьшению лекарственной нагрузки в схеме лечения пациентов с аллергическим ринитом.

Специфическая иммунотерапия является эффективным методом лечения пациентов с аллергическим ринитом. Однако при ее проведении могут наблюдаться тяжелые реакции, особенно у пациентов с сопутствующей бронхиальной астмой. Вопрос о целесообразности специфической иммунотерапии должен решаться врачом-аллергологом или клиническим иммунологом.

Наибольшее значение в настоящее время приобретает медикаментозная терапия аллергического ринита.

На сегодняшний день одним из наиболее эффективных и безопасных средств лечения пациентов с аллергическим ринитом являются топические глюкокортикостероиды [8]. Современные топические (интраназальные)

глюкокортикостероиды обладают высокой топической активностью и минимальными системными эффектами за счет их быстрой инактивации в печени. Современные интраназальные ГК обладают крайне низкой биодоступностью. Известный и хорошо себя зарекомендовавший препарат мометазона фууроата был впервые одобрен для применения в Европе в 1997 г. для лечения пациентов с аллергическим ринитом. В 2004 г. препарат был одобрен для лечения пациентов с полипозным риносинуситом. Следует также упомянуть, что это первый интраназальный глюкокортикостероид, предложенный для профилактики сезонных назальных аллергических симптомов у взрослых и детей.

На сегодняшний день в арсенале врачей существует назальный спрей мометазона Дезринит (мометазона фууроат, дозированный назальный спрей, 50 мкг/доза). Дезринит является терапевтически и фармацевтически эквивалентным оригинальному препарату, что было доказано в проведенных исследованиях у добровольцев. Проводилось изучение эффективности и безопасности препарата Дезринит в сравнении с оригинальным препаратом при лечении в течение 14 дней у взрослых пациентов с сезонным аллергическим ринитом [9]. В результате проведенного исследования была доказана терапевтическая сопоставимость и безопасность препарата Дезринит оригинальному препарату, что дает возможность безопасной замены оригинального препарата воспроизведенным без потери в эффективности терапии.

Таким образом, опубликованные данные убедительно демонстрируют высокую эффективность топических кортикостероидов в качестве средств базовой терапии у пациентов с аллергическим ринитом.



#### ЛИТЕРАТУРА

1. Аллергология и иммунология: национальное руководство. Под ред. Р.М. Хаитова, Н.И. Ильиной. М.: «ГЭОТАР-Медиа», 2009, 656 с.
2. Назарова Е.В., Ильина Н.И. Аллергический ринит: актуальные подходы к диагностике и лечению. *Эффективная фармакотерапия*, 2012, 7: 18-24.
3. Астафьева Н.Г., Удовиченко Е.Н., Гамова И.В. и соавт. Пыльцевая аллергия в Саратовской области. *Рос. Аллергол. Журн.*, 2010, 1: 17-25.
4. Bauchau V, Durham S. Epidemiological characterization of the intermittent and persistent types of allergic rhinitis. *Allergy*, 2005, 60: 350-353.
5. Passalacqua G, Baiardini I. Quality of life in allergic rhinitis. *Clin. Exp. Allergy Rev.*, 2006, 6: 62-66.
6. Аллергология и иммунология: национальное руководство. Под ред. Р.М. Хаитова, Н.И. Ильиной. М., ГЭОТАР-Медиа. 2009, 656 с.
7. Tschoop JM, Sistek D, Schindler C et al. Current allergic asthma and rhinitis: diagnostic efficiency of three commonly used atopic markers (IgE, skin prick tests, and Phadiatop). Results from 8329 randomized adults from the SAPALDIA Study. Swiss Study on Air Pollution and Lung Diseases in Adults. *Allergy*, 1998, 53: 608.
8. Ильина Н.И., Павлова К.С. Как выбрать интраназальный глюкокортикостероид для лечения аллергического ринита. *Справочник поликлинического врача*, 2009, 11: 43-47.
9. Ильина Н.И., Федоскова Т.Г., Астафьева Н.Г. и др. Терапевтическая сопоставимость препаратов Дезринит и Назонекс в решении вопросов контроля симптомов аллергического ринита. Результаты многоцентрового, открытого, рандомизированного, сравнительного исследования в параллельных группах. *Российский Аллергологический Журнал*, 2016, 3: 65-74.