

МОДУЛЬ

АЛЛЕРГИЧЕСКИЙ РИНИТ

Для утверждения Координационным советом по развитию непрерывного медицинского и фармацевтического образования Минздрава России для слушателей, обучающихся по дополнительной профессиональной программе повышения квалификации врачей.

Список сокращений

АГ – антигистаминный препарат

АД – атопический дерматит

АК – аллергический конъюнктивит

АР – аллергический ринит.

АСИТ – аллерген-специфическая иммунотерапия

АТ – антитела

БА – бронхиальная астма

ГКС - глюкокортикостероиды

КАР – круглогодичный аллергический ринит

ОМП – околоносовые пазухи

САР – сезонный аллергический ринит

IgE – иммуноглобулин E

Определение

АР — заболевание, характеризующееся наличием иммунологически обусловленного (чаще всего IgE-зависимого) воспаления слизистой оболочки носа, вызванного причинно-значимым аллергеном, и клинически проявляющееся двумя и более симптомами: обильной ринореей, затруднением носового дыхания, зудом в полости носа, повторяющимся чиханием и нередко anosмией [1].

Распространенность аллергического ринита среди населения в настоящее время оценивается в 10–30% [8,10,11].

Код по МКБ-10

J30 – вазомоторный и аллергический ринит.

J30.1 – аллергический ринит, вызванный пылью растений.

J30.2 – другие сезонные аллергические риниты.

J30.3 – другие аллергические риниты.

J30.4 – аллергический ринит неуточненный.

Этиология АР

АР относится к группе атопических заболеваний, характеризующихся наличием генетической предрасположенности к синтезу специфических иммуноглобулинов Е (IgE, реагинов) в ответ на воздействие аллергенов естественной среды (пыльцевых, бытовых, эпидермальных и т.д.). Присоединение аллергена к фиксированным на тучных клетках и базофилах реагинам приводит к дегрануляции указанных клеток и высвобождению высоких концентраций гистамина и др. биогенных аминов. Это, в свою очередь, приводит к сокращению гладкомышечных волокон, повышению сосудистой проницаемости и др. патофизиологическим изменениям, обуславливающим симптомы АР. Ранняя фаза аллергической реакции развивается в течение нескольких минут после воздействия аллергена. Через 4-6 часов у 50% больных наблюдается поздняя (отсроченная) фаза аллергического воспаления. У пациентов с АР присутствует также неспецифическая тканевая гиперреактивность, т.е. повышенная чувствительность к неспецифическим раздражающим воздействиям, в основе которой лежат конституциональные особенности, изменение рецепторной чувствительности к медиаторам и раздражающим стимулам, нарушение рефлекторных реакций, сосудистые и микроциркуляторные изменения [2].

Классификация АР

АР классифицируют по форме, характеру, тяжести течения, стадии заболевания [9,13].

Формы аллергического ринита

Сезонный аллергический ринит (САР)	Круглогодичный аллергический ринит (КАР)
Развивается при наличии сенсibilизации к пыльцевым (<i>поллиноз</i>) и грибковым аллергенам: пыльце деревьев, злаковых и сорных трав, спорам грибов <i>Cladosporium</i> , <i>Penicillium</i> , <i>Alternaria</i> и других.	развивается у пациентов с сенсibilизацией к аллергенам клещей домашней пыли, библиотечной пыли, эпидермальным аллергенам животных и птиц, инсектным аллергенам, аллергенам плесневых грибов, пищевых продуктов и лекарственных препаратов при постоянном их приеме, профессиональным аллергенам.

Поллиноз - это аллергическое заболевание, вызываемое пылью растений (лат. pollen –пыльца) и характеризующееся острыми аллергическими воспалительными изменениями в слизистых оболочках, главным образом дыхательных путей и глаз.

Классификация международных согласительных документов по АР (ЕААСI//WAO, ARIA 2008), которой в настоящее время отдается предпочтение [14].

Классификация АР по характеру течения

Интермиттирующий	Персистирующий
симптомы беспокоят менее 4 дней в	симптомы беспокоят более 4 дней в

неделю или менее 4 недель в году.	неделю или более 4 недель в году.
-----------------------------------	-----------------------------------

Классификация АР по тяжести течения

легкая степень тяжести	средняя степень тяжести	тяжелая форма
имеются лишь незначительные клинические проявления болезни, не нарушающие дневную активность и сон.	симптомы нарушают сон пациента, препятствуют работе, учебе, занятиям спортом. Качество жизни существенно ухудшается.	симптомы настолько выражены, что пациент не может нормально работать, учиться, заниматься спортом или проводить досуг и спать ночью, если не получает лечения.

Классификация АР по стадии течения

стадия обострения	стадия ремиссии
-------------------	-----------------

Симптомы АР

Основные

- ринорея (водянистые выделения из носа);
- чихание - нередко приступообразное, чаще в утренние часы, пароксизмы чихания могут возникать спонтанно;
- зуд, реже - чувство жжения в носу (иногда сопровождается зудом нёба и глотки); зуд носа может проявляться характерным симптомом - "аллергическим салютом" (постоянное почесывание кончика носа с помощью ладони движением снизу вверх);
- заложенность носа, характерное дыхание ртом, сопение, храп, изменение голоса;
- снижение обоняния.

Дополнительные

- раздражение, отечность, гиперемия кожи над верхней губой и у крыльев носа;
- носовые кровотечения вследствие форсированного сморкания;
- боль в горле, покашливание (проявления сопутствующего аллергического фарингита, ларингита);
- боль и треск в ушах, особенно при глотании; нарушение слуха (проявления аллергического туботита);

Общие неспецифические симптомы

- слабость, недомогание, раздражительность;
- головная боль, повышенная утомляемость, нарушение концентрации внимания;
- нарушение сна, подавленное настроение;
- редко - повышение температуры.

Факторы риска развития АР

- отягощенный семейный аллергологический анамнез;
- наличие сенсibilизации к аллергенам;
- негативные факторы окружающей среды, вредные привычки: курение, наличие различных загрязнений во вдыхаемом воздухе, некоторые климатические факторы и пр.

Осложнения АР

- Аллергические синуситы. Частота встречаемости острых и хронических синуситов, связанных с аллергическим процессом, колеблется от 25 до 70% случаев. В результате аллергического воспаления развивается отек слизистой оболочки не только носа, но и околоносовых пазух, чаще всего

этмоидальных с нарушением дренажа из пазух с возможным присоединением бактериального воспаления.

- Серозный средний отит - особенно характерен для детского возраста (до 40-50% у детей старше трех лет с АР, у взрослых - 1-5% случаев). Вследствие нарушения проводимости слуховой трубы в результате аллергического воспаления слизистой оболочки носа, отмечается изменение давления в полости среднего уха и нередко присоединяется вторичная бактериальная инфекция.

- Полипозный ринит/риносинусит - гипертрофическое изменение слизистой оболочки носа и пазух с формированием полипов.

Методы диагностики АР

Диагностика АР складывается из данных анамнеза, анализа симптоматики, результатов общеклинического и аллергологического обследования.

Анамнез

Общие особенности анамнеза пациентов с АР

- четкая связь возникновения симптомов ринита с воздействием аллергена. Однако в некоторых случаях (в частности, при круглогодичном течении заболевания четкой связи может не отмечаться).

- появление (или утяжеление) симптомов ринита при контакте с неспецифическими раздражителями - табачным дымом, резкими запахами и пр. (А). Указанный признак не является строго специфичным для АР и может отмечаться и при других ринитах.

- положительный эффект применения топических и системных антигистаминных препаратов и ГКС (часто).

- положительный эффект элиминации предполагаемого аллергена.

- нередко - наличие в анамнезе других аллергических (прежде всего атопических) заболеваний: АК, атопической БА, АД [15].

- наличие симптомов ринита при отсутствии клинических и/или лабораторно-подтвержденных признаков инфекционного процесса.
- полное или частичное отсутствие эффекта от проведенной противoinфекционной (антибактериальной, антисептической) терапии.
- наличие отягощенного семейного аллергологического анамнеза.

Особенности течения САР

- Заболевание носит четкий сезонный характер (симптомы появляются в один и тот же сезон года при условии пребывания в указанное время в одной и той же климатической зоне). Сезонность четко прослеживается при анализе анамнеза или дневника больного. Для России характерны три основных сезона поллинозиса (от слова pollen– пыльца).
 - Весенний период: цветение деревьев;
 - Первая половина лета: цветение злаковых трав;
 - Вторая половина лета: цветение сорных трав;
- Характерный признак пыльцевой сенсибилизации — ухудшение состояния при выходе на улицу из помещения, в сухую ветреную погоду, во время пребывания в загородной зоне и других местах, где цветение более активное. Период цветения может быть различной длительности и интенсивности, что определяет продолжительность и выраженность симптомов САР,
- Могут отмечаться различные реакции при использовании косметических средств и ЛС, содержащих экстракты растений, а также при употреблении в пищу продуктов, содержащих растительные компоненты, меда, перекрестных пищевых продуктов и т. д

Особенности течения КАР

- Заболевание носит круглогодичный характер.

- Пациенты часто обнаруживают связь между возникновением симптомов и воздействием аллергена (контакт с шерстью животных, со старыми книгами, уборка помещения и др.). Симптомы заболевания присутствуют постоянно либо с эпизодическим ухудшением состояния или появляются лишь при контакте с причинным аллергеном.
- Профессиональный АР наблюдается у лиц, постоянно контактирующих по роду своей деятельности с разными группами аллергенов, например с мукой, медикаментами, пухом, пером, животными, латексом и другими аллергенами (встречается у зоотехников, работников хлебозаводов, фармацевтов, медицинских работников и др.).
- Заболевание может протекать без резких обострений, что не позволяет предположить причинно-значимый аллерген без проведения специфического аллергологического обследования.

АР может носить как круглогодичный,

так и сезонный характер

- **При наличии грибковой сенсibilизации** обострение чаще возникает весной и осенью (для средней полосы России это время наиболее активного спорообразования грибковых микроорганизмов); однако симптомы могут сохраняться весь теплый период года, особенно при высоком уровне влажности. Возможно ухудшение состояния при контакте с прелым сеном и травой, в период пребывания в сырых, плохо проветриваемых помещениях, при употреблении продуктов, подвергшихся ферментации, – пива, кваса, дрожжевого теста, сыра и других.
- Клинические проявления **гиперчувствительности к клещевым аллергенам** могут носить сезонный характер (весна и осень — периоды активного размножения клещей домашней пыли).

Лабораторное общеклиническое обследование

- **Цитологическое исследование секрета из полости носа (мазок)** на наличие эозинофилии. Для АР характерно увеличение относительного количества эозинофилов до 10% и более (В). Исследование также информативно при проведении дифференциальной диагностики АР и эозинофильного неаллергического ринита (количество эозинофилов в мазке более 30%) и инфекционного ринита (в мазке преобладают нейтрофилы). Однако, отсутствие эозинофилии в секрете из полости носа не указывает на отсутствие АР.

- **Клинический анализ крови** выполняется с целью выявления эозинофилии (чаще обнаруживается в период обострения заболевания). Отсутствие эозинофилии нельзя расценивать, как отсутствие аллергической реакции. Необходимо также учитывать, что повышение количества эозинофилов в периферической крови может отмечаться при другой патологии - паразитарных заболеваниях, рецидивирующей грибковой инфекции, некоторых заболеваниях крови и т.д.

Основные инструментальные исследования

- При **передней риноскопии** отмечается значительное количество водянистого секрета, резкий отек носовых раковин, ярко-красный цвет слизистой оболочки (более характерно для САР), серый или цианотичный цвет (более характерно для КАР), наличие характерной «мраморности» слизистой оболочки (симптом Воячека).

Дополнительные инструментальные исследования

- Эндоскопическое исследование полости носа;
- Аппликационная проба с раствором адреналина гидрохлорида 0,1 % для демонстрации обратимости назальной обструкции (С);
- Активная передняя риноманометрия (С) и акустическая ринометрия;

- Рентгенологическое исследование полости носа и ОНП (А), компьютерная (В) и магнитно-резонансная томография полости носа и ОНП (применяются в большей степени для выявления осложнений АР).

Показания к консультации специалистов

Показана консультация аллерголога-иммунолога и оториноларинголога с целью подтверждения диагноза и выявления сопутствующей ЛОР-патологии, осложнений АР.

Аллергологические методы диагностики

Кожные аллергологические пробы

Кожные аллергологические пробы проводят диагностическими аллергенами в аллергологических кабинетах специально обученным персоналом. Обычно используют пробы уколом (прик-тест) или скарификационные кожные тесты. С помощью кожного тестирования выявляется наличие сенсибилизации к аллергенам (А).

Факторы, влияющие на информативность кожных тестов с аллергенами:

- прием накануне тестирования антигистаминных препаратов, блокаторов мембраны тучных клеток, системных ГКС;
- ранний детский (до 3-х лет) или, наоборот, преклонный возраст пациента;
- наличие кожных проявлений атопии (АД);
- хронический гемодиализ (ложноотрицательный результат);
- красный дермографизм (ложноположительный результат).

- несоблюдение правил постановки кожных тестов с аллергенами.

Подробное описание методики проведения кожного тестирования с аллергенами - см. приложение «Кожное аллергологическое тестирование».

Назальный провокационный тест

Назальный провокационный тест проводится в случае противоречивости данных анамнеза и других методов диагностики, при наличии множественной сенсibilизации к различным аллергенам и необходимости выбрать ведущий аллерген(ы) для проведения АСИТ, а также для оценки эффективности того или иного метода специфического и неспецифического лечения АР (В).

Методика тестирования. В один носовой ход закапывают 1 каплю тест-контрольной жидкости. При отсутствии какой-либо реакции в другой носовой ход последовательно закапывают по 1 капле аллергена в сто- и десятикратном разведении (1:100, 1:10), затем цельный аллерген. Интервал между закапыванием аллергена с более высокой концентрацией не менее 20–30 мин. Увеличение концентрации аллергена производится только при отсутствии реакции на предыдущее разведение. Тест считается положительным при появлении симптомов ринита. Для оценки тестов можно использовать переднюю риноскопию и (или) риноманометрию.

Определение уровня общего IgE и специфических IgE-антител

При наличии АР как правило отмечается повышение уровня общего IgE. Однако это показатель не является абсолютно информативным, так как повышение указанного показателя не обязательно означает наличие атопии и может отмечаться при других заболеваниях (например, глистной инвазии), а его нормальный уровень также не исключает полностью наличия атопии. Определение уровня специфических IgE в сыворотке крови проводится при невозможности выполнения кожного аллергологического тестирования, а

также при неубедительных результатах кожных проб для уточнения спектра сенсibilизации. Определение аллерген-специфических антител в сыворотке может быть проведено радиоаллергосорбентным, радиоиммунным, иммуноферментным или хемилюминесцентным методами при помощи стандартных наборов (панелей) диагностикумов (В).

Дифференциальная диагностика АР

Дифференциальный диагноз АР основывается на сведениях, полученных при сборе анамнеза, клинической картине и данных специфического обследования.

Дифференциальная диагностика АР проводится со следующими нозологическими формами:

- вазомоторный ринит;
- неаллергический эозинофильный ринит;
- инфекционный ринит;
- ринит беременных;
- ринит, вызванный аномалиями анатомии;
- ринит, как побочное действие лекарственного средства (связанный с фармацевтическим действием препарата, в т.ч. ринит, связанный с местным применением топических симпатомиметиков);
- ринит, патогенетически обусловленный наличием других заболеваний и патологических состояний.

Методы лечения АР

Общие подходы к лечению АР

- профилактика;
- фармакотерапия;
- аллерген-специфическая иммунотерапия (АСИТ);

Указанные способы лечения не являются альтернативными, а используются как дополняющие, т.к. совместное использование всех указанных методов (профилактики, симптоматического и патогенетического лечения) может значительно улучшить не только ближайший, но и долгосрочный прогноз заболевания, уменьшить риск развития осложнений, предотвратить формирование БА.

Пациентам с круглогодичной формой АР необходимо наблюдение аллерголога-иммунолога вне зависимости от времени года для динамической оценки состояния, коррекции базисной терапии, назначения и проведения АСИТ. Частота посещения врача устанавливается индивидуально и зависит от характера течения заболевания, частоты обострений, эффективности терапии и пр.

Пациентам с сезонной формой АР показаны консультации аллерголога-иммунолога:

- за 1–2 недели до предполагаемого обострения для решения вопроса о назначении симптоматической терапии в сезон пыления;
- в сезон цветения (спорообразования) для оценки эффективности назначенной терапии и её коррекции;
- по окончании сезона обострений для оценки эффективности проведённого лечения и решения вопроса о проведении АСИТ.

Профилактика

Профилактика АР подразумевает:

- устранение контакта с причинно-значимым аллергеном (если возможно);

- исключение воздействия факторов внешней среды, негативно влияющих на течение АР. Эффект элиминации в полной мере проявляется через несколько недель или месяцев. Не смотря на то, что полное устранение контакта с причинно-значимым аллергеном не всегда достижимо, однако минимизировать этот контакт и получить существенный клинический эффект возможно. Это касается практически всех групп аллергенов, при условии выполнения мероприятий по элиминации, соблюдении общего режима и режима питания и т.д. Подробные рекомендации по группам аллергенов – см. приложение «Рекомендации для пациентов»;

- своевременное и адекватное применение препаратов симптоматической и патогенетической терапии;

- проведение лечебных и диагностических мероприятий с использованием аллергенов только в специализированных стационарах и кабинетах под наблюдением аллерголога.

Для пациентов с АР организуются занятия в аллергошколах, где больной может получить информацию, изложенную в доступной форме, о своем заболевании, особенностях его течения, методах лечения и способах его профилактики [11,13].

Фармакотерапия

Фармакотерапия относится к симптоматическим методам лечения АР и подразумевает не только применение препаратов в случае уже наступившего обострения, но возможность подбора препаратов базисной терапии, предотвращающей появление симптомов заболевания. В зависимости от тяжести АР и наличия осложнений возможно комбинаторное применение

препаратов различных фармакологических групп. В настоящее время есть несколько групп лекарственных препаратов, которыми можно эффективно контролировать симптомы АР [1,7,13,16].

1. Антигистаминные препараты.
2. Топические глюкокортикостероиды.
3. Стабилизаторы мембран тучных клеток.
4. Антихолинергические средства.
5. Антагонисты лейкотриеновых рецепторов.
6. Сосудосуживающие препараты (деконгестанты).

В детской практике используются те же подходы к ведению пациентов, однако в связи с отсутствием клинических испытаний у детей младших возрастных групп существуют определенные ограничения в назначении некоторых препаратов. При выборе разрешенного к применению в педиатрии препарата необходимо учитывать особенности дозирования лекарственных средств. Необходимо также учитывать, что лечение АР у беременных также сопряжено с необходимостью выбора препаратов с оптимальным профилем безопасности для здоровья матери и плода (Таб 1). Предпочтение в этих случаях следует отдавать препаратам с установленным профилем безопасности.

При выборе препарата или их комбинации необходимо ориентироваться на степень тяжести АР, характер его течения, необходимость воздействия на те или иные медиаторы в каждой конкретной ситуации, физиологические особенности пациента (в т.ч. возраст), наличие сопутствующих заболеваний, образ жизни больного, а

также индивидуальную чувствительность к конкретному лекарственному средству [4].

В таблице №1 представлен сравнительный анализ влияния некоторых препаратов на клинические проявления АР.

Таблица 1.

Особенности действия медикаментозных средств основных групп на симптомы АР.

	Чихание	Ринорея	Назальная обструкция	В носу	Главные симптомы
Блокаторы Н1-рецепторов					
(пероральные, интраназальные, глазные капли)	++	++	+	+++	++
	++	++	+	0	0
	0	0	0		+++
Кортикостероиды интраназальные	+++	+++	+++	++	++
Кромоны интраназальные, глазные капли	+	+	+	+	0
	0	0	0	0	++
Деконгестанты интраназальные, пероральные	0	0	+++	0	0

Антигистаминные препараты

АГ являются классическими Н1-антагонистами или конкурентными блокаторами Н1-рецепторов. Выделяют I и II поколение АГ. Препараты широко применяются для купирования обострения любой формы АР, а также в качестве базисной терапии интермиттирующего АР [5,7].

Основные представители I поколения АГ - дифенгидрамин, хлоропирамин (В), клемастин (В), мебгидролин, диметинден, ципрогептадин,

гидроксизин, хифенадин и др. Могут оказывать блокирующее действие не только на H1-рецепторы, но и на рецепторы других медиаторов (холинорецепторы, адренорецепторы), чем определяется различие их клинических эффектов. Фармакологические особенности: обладают липофильностью и способностью проникать через гематоэнцефалический барьер, с чем связан их седативный эффект (в различной степени выраженности); могут затруднять отхождение вязкой мокроты из бронхов при наличии сопутствующих бронхолегочных заболеваний, в т.ч. БА.

К АГ препараты II поколения относят акривастин, азеластин, эбастин (А), лоратадин (А), левоцетиризин (А), меквитазин, мизоластин, рупатадин (В), цетиризин (А), фексофенадин (А) и дезлоратадин (А). Обладают избирательным действием на H1-рецепторы и не блокируют рецепторы других медиаторов [3]. Имеют некоторое преимущество по сравнению с АГ препаратами I поколения: не вызывают или вызывают крайне незначительное седативное действие, принимаются 1 раз в сутки. Последние 3 из указанных препаратов некоторые специалисты относят к III поколению АГ препаратов, не имеющих тех побочных эффектов, которые присутствуют у АГ I и II поколения. Они способны подавлять не только раннюю, но и позднюю фазы аллергического ответа [7].

АГ препараты I поколения применяются в следующих дозах: мебгидролинана пазидилат по 0,05 - 0,2 г 1-2 раза в сутки; секвифенадин гидрохлорид по 0,05-0,1 г 2-3 раза в сутки, хифенадина гидрохлорид по 0,025-0,05 г 2-4 раза в сутки, диметинден по 1-2 мг 3 раза в сутки, ципрогептадин по 4 мг 3 раза в сутки; клемастин 1 мг 2-3 раза в сутки и хлоропирамин 25мг 2-3 раза в сутки. В случае выраженной симптоматики первые несколько суток клемастин и хлоропирамин могут применяться парентерально (в/м или в/в): клемастин в дозе 2 мг 1-2 раза в сутки, хлоропирамин в дозе 40 мг 1-2 раза в сутки.

Антигистаминные препараты II поколения применяются в следующих дозах: лоратадин или цетиризин 10 мг в сутки, дезлоратадин 5 мг в сутки, эбастин 10–20 мг в сутки, фексофенадин 120–180 мг в сутки, левоцетиризин 5 мг в сутки, рупатадинафуморат 10 мг в сутки, акривастин по 8 мг 3 раза в сутки, меквитазин 10 мг в сутки.

Топические антигистаминные препараты азеластин, левокабастин относятся к препаратам II поколения. Обладают антигистаминным, мембраностабилизирующим и противовоспалительным действием. Применяются как для лечения, так и для профилактики обострений АР. Действие препаратов начинается в течение первых 15 мин. Не имеют системного действия. Могут использоваться как в монотерапии, так и в сочетанной терапии АР. Левокабастин (С) назначается по два распыления в каждый носовой ход 2–4 раза в сутки, азеластин (С) по 1 распылению в каждый носовой ход 2 раза в сутки.

Стабилизаторы мембран тучных клеток

Стабилизаторы мембран тучных клеток тормозят как раннюю, так и позднюю фазы аллергической реакции, снижают гиперреактивность слизистых. Интраназальные формы менее эффективны, чем антигистаминные средства и местные ГКС, но являются безопасными и практически полностью лишены побочных эффектов. Показаны для профилактики (базисная терапия) и лечения обострения АР легкого течения. Представителем интраназальных форм является кромоглициевая кислота (В), которая назначается по 1 дозе в каждый носовой ход 3–4 раза в сутки.

Возможно применение стабилизаторов мембран тучных клеток системного применения: кетотифен в дозе 1 мг 2 раза в сутки (А). Препарат используется для длительной терапии АР, обладает седативным эффектом.

Топические ГКС

ГКС являются самыми эффективными средствами в лечении АР, обладают мощными противовоспалительными свойствами, воздействуя практически на все звенья аллергического воспаления. Обладают высокой местной активностью, значительно уменьшают заложенность носа, улучшают обоняние. Системный эффект при назальном применении незначительный. ГКС существенно уменьшают секрецию желез слизистой оболочки и тканевой отек, снижают чувствительность к механическим раздражителям. По своей эффективности местные ГКС превосходят АГ и местные кромогликаты. Местные ГКС можно рассматривать как высокоэффективные средства первого ряда в лечении обострения или в качестве препаратов базисной терапии при АР средней тяжести и тяжелом АР. Используются топические (интраназальные) ГКС в следующих дозах: беклометазона дипропионат (А) 400 мкг в сутки, мометазона фууроат (А) 200 мкг 1-2 раза в сутки будесонид (А) 100–200 мкг 2 раза в сутки, флутиказона пропионат (А) 200 мкг 1 раз в сутки, либо 200 мкг 2 раза в сутки, флутиказона фууроат (А) 110 мкг 1 раз в сутки.

Применение системных ГКС при АР нежелательно в связи с большим количеством побочных эффектов, развивающихся вследствие их применения. ***Только при тяжелом течении АР, полном отсутствии эффекта комплексной противоаллергической терапии, включающей топические ГКС возможно применение короткого курса системных ГКС с обязательным мониторингом вероятных осложнений терапии.***

Интраназальные антихолинергические средства

В качестве интраназального антихолинергического средства применяется ипратропиум бромид (В). Основной эффект – уменьшение ринореи. Переносится очень хорошо. Местные побочные эффекты незначительны. Практически не обладает системной антихолинергической активностью.

Ипратропиум бромид назначается по 2–3 дозы в каждый носовой ход 3 раза в сутки. Возможно как кратковременное, так и длительное применение препаратов.

Антагонисты лейкотриеновых рецепторов

Представители этой группы – монтелукаст, зафирлукаст. Основное действие антагонистов лейкотриеновых рецепторов - угнетение лейкотриенов, участвующих в формировании воспалительных реакций. Препараты переносятся достаточно хорошо, могут использоваться длительно и применяются в следующих дозировках: монтелукаст натрия по 10 мг в сутки и зафирлукаст по 40 мг в сутки,

Деконгестанты

Назальные деконгестанты — препараты, вызывающие вазоконстрикцию сосудов слизистых носа. По механизму действия все они являются α -адреномиметиками. Их разделяют на системные и местные (пероральные и назальные). При АР возможно применение симпатомиметиков, которые отличаются продолжительностью антиконгестивного эффекта: препараты короткого (производные нафазолина (С), тетризолина, инданазолина), среднего (производные ксилометазолина (С)) и длительного действия (производные оксиметазолина (С)). При назначении указанных препаратов необходимо помнить, что при длительном применении наступает тахифилаксия, развивается синдром «рикошета» и так называемого «медикаментозного ринита», происходит гипертрофия носовых раковин, необратимые изменения слизистой оболочки носа, возможно развития ряда системных реакций со стороны сердечно-сосудистой системы. Поэтому использование деконгестантов должно быть ограничено во времени. Препараты применяются по 1-2 инстилляций 2–4 раза в сутки. Длительность их применения составляет в среднем 3–5 сут, но не более 10 суток.

Комплексные препараты для лечения АР

Для лечения осложненного АР, возможно применение комплексных препаратов в виде спреев: дексаметазон+неомицин+полимиксин В+фенилэфрин по 1 инстилляцией 3-5 раз в сутки 5-10 дней (не более).

Другие лекарственные препараты и средства медицинского назначения
для устранения

и (или) предотвращения симптомов АР

В качестве средств для лечения и профилактики обострения АР возможно применение препаратов, представляющих собой водно-солевые растворы. Их применяют интраназально с целью увлажнения слизистой, а также элиминации аллергенов и удаления слизи из полости носа. Указанные средства можно применять без ограничений и использовать в том числе перед применением интраназальных противоаллергических средств. Помимо этого в качестве профилактического средства возможно применение препарата микроцеллюлозы в спрее-дозаторе (Nasaleze или Назаваль), который защищает слизистую носа от попадания в носовую полость при вдохе поллютантов и аэроаллергенов [12]. Также с целью создания барьера, который препятствует контакту аллергена со слизистой оболочкой носа, применяется препарат превалин и превалин кидс (назальный спрей). ***Указанные средства достаточно безопасны и могут широко использоваться для лечения АР, в том числе у беременных и детей.***

Применение фармакологических средств у беременных пациенток с АР

Применение фармакологических средств у беременных с АР имеет свои особенности, сопряженные с необходимостью учета не только

эффективности лекарственного препарата, но и оценки риска и пользы для матери и плода при выборе лекарственного препарата. Для того, чтобы оптимизировать выбор лекарственных средств Управление по контролю качества пищевых продуктов и лекарственных препаратов США (Food and Drug Administration, FDA) распределило препараты на 4 категории в зависимости от возможного применения во время беременности (табл. 2). В основу классификации легли результаты исследований препаратов на животных и на людях, которые подтверждают или опровергают наличие взаимосвязи между использованием препарата и развитием врожденных аномалий у плода. Помимо этого в таблице также представлены данные гипермедийной сети баз по проблемам тератогенеза и его профилактики (Teratogen Information System, TERIS), которая показывает величину тератогенного риска для препаратов, а также качество и количество данных, на которых базируется этот установленный риск. [12].

Таблица 2.

Применение фармакологических препаратов для лечения аллергического ринита при беременности (категории риска FDA и TERIS-рейтинг)

МНН	Категория риска FDA	TERIS-рейтинг (величина тератогенного риска / качество и количество данных)
Антигистаминные препараты		
Цетиризин	В	Небольшой / от «ограничены» до «достаточны»
Клемастин	В	Небольшой / от

		«ограничены» до «достаточны»
Дезлоратадин	С	Не доступны
Дифенгидрамин	В	Небольшой / от «достаточны» до «убедительны»
Хлорфенирамин	В	Небольшой / от «достаточны» до «убедительны»
Фексофенадин	С	Не определен / очень ограничены
Гидроксизин	С	Небольшой / от «ограничены» до «достаточны»
Лоратадин	В	Небольшой/достаточны
Интраназальные глюкокортикостероиды		
Беклометазон	С	Небольшой / от «ограничены» до «достаточны»
Будесонид	В	Небольшой / от «ограничены» до «достаточны»
Флутиказон	С	Не доступны
Мометазон	С	Не определен / ограничены

Триамцинолон	С	Не определен / ограничены
Деконгестанты		
Оксиметазолин	С	Небольшой / от «ограничены» до «достаточно»
Кромоны		
Кромоглициевая кислота	В	Небольшой / от «достаточно» до «убедительно»
Недокромил	В	Не определен / очень ограничены
Антилейкотриеновые		
Монтелукаст	С	Минимальный / очень ограничены

Аллерген-специфическая иммунотерапия (АСИТ)

АСИТ является единственным патогенетическим методом лечения АР. Она уменьшает как тканевую чувствительность к аллергенной экспозиции, так и неспецифическую тканевую гиперреактивность (А). Проведение АСИТ в значительной степени улучшает прогноз заболевания, приводя к частичной или полной ремиссии в течение продолжительного времени [6,13]. Подробнее – методики проведения, показания и противопоказания см. модуль «Аллерген-специфическая иммунотерапия».

Лечение осложнений АР

В случае присоединения вторичной инфекции противоаллергическую терапию необходимо сочетать с соответствующей антибактериальной, противовоспалительной и другими видами терапии.

Показания к консультации других специалистов

Всем больным АР показана консультация аллерголога-иммунолога для выявления или подтверждения аллергического характера ринита, выявления спектра причинно-значимых аллергенов, подбора симптоматической терапии и назначения АСИТ (А). Консультацию оториноларинголога проводят для решения вопросов, касающихся хирургического лечения анатомических дефектов полости носа и осложнений АР (А).

Госпитализация пациентов с АР

Госпитализация пациентов проводится в случае нетрудоспособности пациента при тяжелом течении АР, наличия осложнений АР (в том числе, нуждающихся в инвазивных методах лечения), а также при проведении АСИТ ускоренным методом.

Список литературы

1. Аллергология и иммунология. Национальное руководство. АСМОК. РААКИ. «Геотар-Медиа». - 2009. - С. 245-250.
2. Аллергология. Клинические рекомендации. Под редакцией Р.М. Хаитова, Н.И.Ильиной. - Москва, издательская группа ГЭОТАР-Медиа, - 2006, - 227 с., тираж 3000 экз., 15 п.л.
3. Гущин И. С. Аллергическое воспаление и его фармакологический контроль. — М.: Фармарус Принт, 1998. — 251 с.
4. Гущин И. С., Фридлянд Д. Г., Порошина Ю. А. Индивидуализация выбора H₁-антагониста для лечения аллергического ринита //

- Аллергия, астма и клиническая иммунология. — 2001. — № 8. — С. 44–50.
5. Гуцин И.С. Перспективы лечения аллергических заболеваний: от антигистаминных препаратов до полифункциональных противоаллергических средств. // IX Российский национальный конгресс «Человек и лекарство». — М., 2002. — С. 224–232.
 6. Гуцин И.С., Курбачева О.М. Аллергия и аллерген-специфическая иммунотерапия. М., Фармарус Принт Медиа, 2010.- 228 с.
 7. Гуцин И.С., Курбачева О.М. Лечение аллергического круглогодичного ринита антигистаминными препаратами // Лечащий врач - 2004.- №8. – С. 20-23.
 8. Ильина Н. И. Эпидемиология аллергического ринита. // Российская ринология. — 1999. — № 1. — С. 23–24.
 9. Ильина Н.И., Феденко Е.С., Курбачева О.М. Аллергический ринит. Пособие для врачей общей практики и фармацевтов // Российский Аллергологический Журнал. Приложение к № 3, 2010.
 10. Клиническая аллергология. Под редакцией акад. Р.М. Хаитова., М, 2002, 623 с.
 11. Курбачева О.М., Ильина Н.И. Лечение аллергического ринита: когда, как и зачем? // Российский аллергологический журнал. 2006. № 2. С. 66–75.
 12. Курбачева О.М., Швец С.М. Аллергический ринит и беременность: возможности современной терапии // Эффективная фармакотерапия. – 2013. -18.- С. 74–80.
 13. Российская ассоциация аллергологов и клинических иммунологов. Федеральные клинические рекомендации по диагностике и лечению аллергического ринита, 2013 г.

14. Allergic Rhinitis and its Impact on Asthma (ARIA) 2008 update (in collaboration with the World Health Organization, GA (2)LEN and AllerGen) // Allergy. 2008; 63, Suppl. 86: 8–160.
15. Bousquet J., van Cauwenberge P., Khaltaev N. Aria Workshop Group; World Health Organization. Allergic rhinitis and its impact on asthma // J Allergy Clin Immunol. 2001; 108: S147–S334.
16. 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; 55: 116–134.

Тесты самоконтроля

1)

A. Ринит беременных.

B. Неаллергический эозинофильный ринит.

C. Инфекционный ринит.

D. Ринит, вызванный применением симпатомиметиков.

E. Ринит, вызванный аномалиями анатомии.

F. Аллергический ринит.

Для каждого пациента с признаками ринита выберите наиболее верный диагноз.

1. Пациентка 11 лет с жалобами на постоянное чихание, обильное отделяемое из полости носа слизистого характера, зуд век, зуд в ушах. Симптомы беспокоят в течение 3-х лет в период с конца апреля по середину мая, усиливаются при выходе на улицу и выездах в загородную зону. Периодически в указанный период времени беспокоят головные боли. Отмечает также зуд неба при употреблении яблок и орехов.

Ответ: F

Учитывая анамнестические данные: сочетание симптомов ринита с симптомами конъюнктивита, четкая сезонность течения заболевания,

клинические признаки пищевой непереносимости продуктов, обладающих перекрестной аллергенной активностью с пылью деревьев, можно думать о наличии у пациентки аллергического ринита.

2. Пациентка 30 лет с постоянной заложенностью носа, которая беспокоит 2 года. Четкой связи симптомов с какими-либо факторами окружающей среды не отмечает. Отмечает снижение обоняния. Фадиатоп отрицательный. В анамнезе приступ удушья на фоне применения аспирина. В периферической крови эозинофилы 2%, в мазках со слизистой носа – эозинофилов 45%.

Ответ: В

Принимая во внимание отсутствие лабораторных данных за наличие атопии, большой процент эозинофилов в мазке со слизистой полости носа при нормальном уровне эозинофилов в периферической крови можно предположить наличие неаллергического эозинофильного ринита, который также нередко сочетается с непереносимостью нестероидных противовоспалительных препаратов.

2)

A. Кожное тестирование с предполагаемыми причинно-значимыми аэроаллергенами.

B. Назальный провокационный тест с предполагаемыми причинно-значимыми аллергенами.

C. Определение уровня специфических IgE к предполагаемым причинно-значимым аллергенам.

D. Кожные аллергологические тесты с пищевыми аллергенами.

E. Уровень лейкоцитов в периферической крови.

F. Компьютерная томография околоносовых пазух.

Для каждого пациента с признаками ринита выберите правильный метод обследования для уточнения диагноза.

1. У пациента 22 лет с признаками сезонного ринита (симптомы в виде ринореи, чихания, которые отмечаются в осенний период в условиях средней

полосы России) выявлены положительные кожные тесты на пыльцу полыни, а также грибковые аллергены. По окончании обследования планируется проведение аллерген-специфической иммунотерапии.

Ответ: В

В осенний период в воздухе возможно присутствие как аллергенов сорных трав, так и спор грибковых микроорганизмов, которые могут обуславливать симптомы аллергического ринита. Назальный провокационный тест позволит установить клинически-значимую сенсibilизацию («причинный» аллерген).

2. У пациентки 18 лет отмечаются симптомы в виде круглогодичной заложенности носа с ухудшением состояния в летний период (июнь-июль). При проведении кожного тестирования выявлена положительная кожная реакция на все пробы, включая отрицательный контроль.

Ответ: С

В связи с наличием дермографизма кожные тесты неинформативны, поэтому в данном случае используются лабораторные методы уточнения спектра сенсibilизации – определение уровня специфических IgE к различным аллергенам. В данном случае – к аллергенам пыльцы злаковых трав.

3. Пациентка 27 лет обратилась в начале мая с жалобами на першение в горле, «зуд» слизистых полости рта после употребления моркови, орехов, вишни, а также зуд век, ринорею. Круглогодично отмечает высыпания на локтевых и коленных сгибах. В связи с появлением вышеуказанных симптомов принимает антигистаминные препараты.

Ответ: С

С учетом обострения заболевания, в том числе (предположительно) атопического дерматита, а также приема антигистаминных препаратов проведение кожного аллергологического тестирования не показано и неинформативно. Для выявления атопии методом выбора в данном случае является лабораторная диагностика.

3)

Выберите правильный метод симптоматического лечения пациенту с сезонным обострением аллергического ринита и признаками выраженной назальной обструкции, симптомами аллергического синусита. Профессия – водитель автобуса.

A. Системные антигистаминные препараты I поколения.

B. Физиотерапия.

C. Топические ГКС.

D. Аллерген-специфическая иммунотерапия.

E. Препараты кромоглициевой кислоты.

F. Антилейкотриеновые препараты.

G. Деконгестанты.

Ответ C:

Из перечня препаратов и методов лечения в период обострения сезонного аллергического ринита в данном случае более оправдано применение топических ГКС, так как именно эта группа препаратов оказывает лучший лечебный эффект в отношении назальной обструкции и может применяться достаточно длительно. Применение системных антигистаминных препаратов I поколения нежелательно, т.к. чаще всего они оказывают сопутствующий седативный эффект, что может негативно повлиять на профессиональную деятельность пациента. АСИТ не является симптоматической терапией, а ее начало в период сезонных проявлений заболевания противопоказано.

4)

Пациентка 23 лет, беременность 13 недель. Длительно страдает круглогодичной формой аллергического ринита персистирующего характера. В течение 3-х месяцев противоаллергическую терапию не использует. Отмечает утяжеление течения ринита, появление стойкой заложенности носа, anosmia.

Выберете наиболее верную тактику ведения пациентки.

- A. Назначить применение сосудосуживающих средств в течение всего периода беременности.
- B. Назначить применение антилейкотриеновых препаратов в течение всего периода беременности.
- C. Провести аллерген-специфическую иммунотерапию причинно-значимыми аллергенами после постановки кожных тестов и уточнения спектра сенсибилизации.
- D. Назначить применение топических ГКС или системных антигистаминных препаратов с установленным профилем безопасности под наблюдением и коррекцией дозы с учетом тяжести течения аллергического ринита.
- F. Запретить применение каких-либо фармакологических средств на весь период беременности и лактации.

Ответ: D

Стойкая назальная обструкция, обусловленная наличием аллергического ринита и, вероятно, усугубившаяся на фоне гормональных изменений (ринит беременных) может приводить осложнениям, в том числе – к присоединению инфекционного компонента, что требует более сложного и длительного лечения и может негативно отражаться на здоровье матери и плода. С учетом выраженной симптоматики пациентке необходимо назначить фармакотерапию аллергического ринита, а выбор препаратов должен быть сделан с учетом установленного профиля безопасности у беременных. Предпочтение отдается некоторым системным антигистаминным препаратам и топическим ГКС.

5) Что из ниже перечисленного может влиять на информативность кожных аллергологических тестов?

- A. Применение пациентом кардиологической терапии;
- B. Наличие у пациента бронхиальной астмы;
- C. Наличие у пациента красного дермографизма;
- D. Наличие у пациента демодекоза.

Е. Отсутствие симптомов аллергического заболевания на момент проведения тестирования;

Ответ: С.

Наличие красного дермографизма приводит к ложноположительным результатам кожных тестов, в связи с развитием местной реакции на механическое повреждение кожи, в том числе при тестировании с тест-контрольной жидкостью.

б)

Изменение какого из ниже перечисленных лабораторных показателей с наибольшей достоверностью указывает на наличие атопии.

А. Эозинофилия в периферической крови.

В. Повышение количества эозинофилов в мазках со слизистой полости носа.

С. Повышение уровня общего IgE.

Д. Повышение уровня специфических IgE к ингаляционным аллергенам.

Е. Повышение уровня эозинофильного катионного белка.

Ответ: D.

Из всех перечисленных показателей лабораторного обследования только повышение уровня специфических IgE может с максимальной степенью достоверности указывать на наличие сенсibilизации к аллергенам, а соответственно на наличие атопии. Остальные показатели являются косвенными и могут сопровождать наличие atopического заболевания, однако могут отмечаться и при других заболеваниях и патологических состояниях.

7)

У пациента отмечаются симптомы риноконъюнктивита в июне и июле в условиях проживания в средней полосе России. Какой спектр сенсibilизации можно предположить у больного?

А. Сенсibilизация к аллергенам пыльцы сорных трав.

В. Сенсibilизация к аллергенам домашней пыли.

- C. Сенсibilизация к аллергенам пыльцы деревьев.
- D. Сенсibilизация к плесневым аллергенам.
- E. Сенсibilизация к аллергенам пыльцы злаковых трав.
- F. Сенсibilизация к эпидермальным аллергенам.

Ответ: E.

Четкая сезонность клинических проявлений заболевания в теплый года период говорит о наличии пыльцевой сенсibilизации. В средней полосе России июнь-июль – это период активного пыления злаковых трав.

8)

Хорошая эффективность какого лекарственного средства может косвенно указывать на аллергическое происхождение ринита?

- A. Назальные деконгестанты.
- B. Препараты кромоглициевой кислоты для интраназального применения.
- C. Назальные средства, содержащие местные антисептики.
- D. Системные антибактериальные препараты.
- E. Нестероидные противовоспалительные средства.

Ответ B.

Все перечисленные препараты, кроме кромоглициевой кислоты, не влияют на течение аллергического ринита.

9)

Какие лекарственные средства не применяются для лечения неосложненного аллергического ринита?

- A. Топические ГКС.
- B. Топические антигистаминные препараты.
- C. Топические назальные средства, содержащие неомицин.
- D. Системные препараты – блокаторы мембран тучных клеток.
- E. Системные антигистаминные препараты.
- F. Антагонисты лейкотриеновых рецепторов.

Ответ: C

Неосложненный аллергический ринит не требует назначения препаратов с антибактериальным или бактериостатическим действием.

10)

Какие критерии лежат в основе классификации аллергического ринита по характеру течения?

A. Продолжительность клинических проявлений аллергического ринита (количество дней в неделю, количество недель в году).

B. Преобладание тех или иных симптомов аллергического ринита (назальная обструкция, ринорея и пр.).

C. Наличие осложнений аллергического ринита (синусит, отит и пр.)

D. Наличие или отсутствие сезонности течения аллергического ринита (сезонный, круглогодичный).

E. Спектр сенсibilизации (сенсibilизация к пыльцевым, бытовым и др. группам аллергенов).

F. Качество жизни пациента (степень влияния симптомов ринита на качество жизни больных с аллергическим ринитом).

Ответ: A

Критерием классификации аллергического ринита по характеру течения является продолжительность симптоматики заболевания. Выделяют интермиттирующий (симптомы беспокоят менее 4 дней в неделю или менее 4 недель в году) и персистирующий (симптомы беспокоят более 4 дней в неделю или более 4 недель в году) характер течения заболевания.

11) Какой из симптомов не может быть обусловлен наличием неосложненного аллергического ринита?

A. Ринорея.

B. Чихание.

C. Зуд, жжение в носу.

D. Увеличение и болезненность околоушных лимфоузлов.

E. Раздражение кожи над верхней губой.

F. Заложенность носа.

J. Носовые кровотечения.

H. Снижение обоняния.

Ответ D.

Увеличение и болезненность околоушных лимфоузлов не может быть следствием аллергического воспаления слизистой полости носа.