АЛЛЕРГИЧЕСКИЙ РИНИТ

Аллергический ринит является одним из самых распространенных заболеваний. В статье представлены основные аспекты этиологии, патогенеза, диагностики и лечения данной нозологической единицы.

Ключевые слова: аллергический ринит, антигистаминные препараты.

S.V. RYAZANTSEV, O.I. GONCHAROV

Federal State Budgetary Institution «Saint Petersburg Research Institute of Ear, Throat, Nose and Speech», Ministry of Health of the Russian Federation, Saint Petersburg, Russia

ALLERGIC RHINITIS

Allergic rhinitis is one of the most common disease. The article presents the main aspects of the etiology, pathogenesis, diagnosis and treatment of this nosology.

Keywords: allergic rhinitis, antihistamines.

Аллергический ринит – это заболевание, вызванное опосредованной IgE воспалительной реакцией, которая развивается в результате попадания аллергенов на слизистую оболочку полости носа. Данная патология проявляется четырьмя основными симптомами: отделяемым из носа, затруднением носового дыхания, чиханием, зудом в полости носа. Эти симптомы носят обратимый характер и способны к регрессированию после прекращения экспозиции аллергенов или при лечении [1–3].

Эпидемиология. Хотя аллергические риниты и являются одними из самых распространенных заболеваний, их эпидемиология изучена недостаточно.

В различных климато-географических регионах России распространенность аллергических заболеваний колеблется от 3,3 до 35% и в среднем составляет 16,5%. В Северо-Кавказском, Поволжском и Уральском регионах Российской Федерации отмечается наивысшая заболеваемость сезонным аллергическим ринитом, где в некоторых городах она составляет до 80% от всех аллергических заболеваний [1].

Классификация. В 2002 г., по аналогии с делением бронхиальной астмы, эксперты ВОЗ разработали классификацию аллергического ринита, которая предлагала выделять интермиттирующую и персистирующую формы, однако это не означает полного отрицания сезонной формы аллергического ринита, когда имеется только сенсibilизация к пыльце растений [4, 5].

До начала лечения необходимо уточнить форму заболевания (легкая, среднетяжелая или тяжелая), а также эпизодичность появления симптомов (табл. 1). Эти термины определены в программе ВОЗ ARIA [5].

С нашей точки зрения, при постановке диагноза следует придерживаться общепринятой классификации ARIA (интермиттирующий и персистирующий риниты), но в скобках добавлять – сезонный или круглогодичный. Указание на сезонность заболевания позволит уточнить этиологический фактор и некоторые аспекты элиминации.

Диагностика. Аллергический ринит можно диагностировать путем сбора анамнеза, проведения эндоскопии полости носа, оценки данных лабораторных исследований и аллергопроб.

Тщательно собранный анамнез позволяет связать сроки заболевания с определенным периодом года при сезонных аллергических ринитах или с определенными факторами внешнего воздействия при круглогодичных аллергических ринитах.

При сезонном аллергическом рините жалобы больного наиболее характерны. Обычно пациент отмечает водянистые выделения из носовых ходов, многократное чихание, зуд и щекотание в области носовых ходов. Заложенность носа при сезонном аллергическом рините может иметь место, но не является характерным определяющим признаком [1, 2, 7]. Многократное чихание свойственно исключительно аллергическому риниту. При острых

Таблица 1. Классификация аллергического ринита

Характер течения		Тяжесть заболевания	
интермиттирующий	персистирующий	легкая	умеренная/тяжелая
симптомы <4 дней в неделю или <4 недель в год	симптомы >4 дней в неделю или >4 недель в год	<ul style="list-style-type: none"> сон не нарушен; дневная активность (спорт, досуг) не нарушены; полноценная работоспособность и успеваемость в школе; симптомы не носят мучительного для пациента характера 	<ul style="list-style-type: none"> нарушение сна; нарушение физической, дневной активности, досуга; отрицательное влияние на труд и обучение; мучительные симптомы (одно или более проявлений)

респираторных заболеваниях носовые выделения становятся густыми уже ко второму-третьему дню заболевания, становясь слизистыми и слизисто-гнойными, поэтому ринорея является важным признаком, позволяющим заподозрить аллергический ринит.

Аллергический ринит проявляется четырьмя основными симптомами: отделяемым из носа, затруднением носового дыхания, чиханием, зудом в полости носа

Наоборот, при круглогодичном аллергическом рините жалобы пациента не столь характерны. Больных обычно беспокоит заложенность носа и умеренные слизистые выделения. Аналогичные жалобы сопровождают и многие виды хронического неаллергического ринита, поэтому имеют небольшое значение в дифференциальной диагностике.

Каких-либо патогномоничных эндоскопических признаков аллергического ринита нет, поэтому эндоскопическое исследование полости носа может быть использовано в основном для дифференциальной диагностики с носовым полипозом. Отечные носовые раковины и бледная слизистая оболочка с синюшными пятнами Воячека считаются характерными признаками аллергического ринита, но в то же время подобная картина может наблюдаться при медикаментозном и при идиопатическом рините [1].

Цитологическое исследование мазков из полости носа, кожные пробы, определение общего и аллерген-специфического иммуноглобулинов и другие методы (высвобождение медиаторов из клеток периферической крови, высвобождение медиаторов во время аллергических реакций, внутриносовой провокационный тест) могут также помочь в диагностике аллергического ринита.

Лечение. Выделяют три основных направления терапии аллергического ринита: элиминационная терапия, иммунотерапия и медикаментозная терапия [1, 8, 9].

Задача элиминационной терапии состоит в устранении аллергенов и в контроле за состоянием окружающей среды. При атопическом заболевании меры по устранению аллергенов должны быть приняты в первую очередь.

Так как часто полностью избежать контакта с аллергеном не представляется возможным, были разработаны способы механического удаления аллергенов с поверхности слизистой оболочки полости носа. С этой целью использовали орошение полости носа, различные модификации носового душа, эндоназальные спреи. Следует учитывать, что все растворы, используемые для элиминации аллергена со слизистой оболочки полости носа, должны быть исключительно изотоническими.

Наиболее удачными представителями барьерной терапии являются спреи солевых растворов, применение которых приводит к значительному уменьшению аллерги-

на на поверхности слизистой и к снижению лекарственной нагрузки в схеме лечения [7].

Специфическая иммунотерапия. Результаты исследований убедительно доказали эффективность специфической иммунотерапии (СИТ) аллергенами пыльцы трав, деревьев и кустарников, антигенами клещей домашней пыли и кошачьей перхоти. Чтобы свести риск иммунотерапии до минимума и увеличить эффективность лечения, вопрос о целесообразности СИТ должен решать специалист-аллерголог или же клинический иммунолог [1].

МЕДИКАМЕНТОЗНАЯ ТЕРАПИЯ АЛЛЕРГИЧЕСКОГО РИНИТА

Наибольшее значение в настоящее время приобрела медикаментозная терапия аллергического ринита.

Антигистаминные препараты. Применение антигистаминных препаратов является одним из основных звеньев терапии аллергического ринита. Они предупреждают развитие и облегчают течение аллергических реакций, обладают противозудным и противоэкссудативным действием. Влияют на раннюю гистаминозависимую стадию аллергических реакций, ограничивают высвобождение медиаторов воспаления на поздней стадии аллергической реакции, уменьшают миграцию эозинофилов, нейтрофилов и базофилов, стабилизируют мембраны тучных клеток. Уменьшают проницаемость капилляров, предупреждают развитие отека тканей, снимают спазм гладкой мускулатуры. Снижают гистаминоиндуцированную бронхоконстрикцию при бронхиальной астме легкого течения.

При острых респираторных заболеваниях носовые выделения становятся густыми уже ко второму-третьему дню заболевания, становясь слизистыми и слизисто-гнойными, поэтому ринорея является важным признаком, позволяющим заподозрить аллергический ринит

Антигистаминные препараты системного действия предотвращают и эффективно устраняют такие симптомы АР, как зуд, чихание, ринорея, уменьшают проявления назальной обструкции [10]. Антигистаминные препараты первого поколения в лечении АР применяют редко из-за наличия практически у всех них седативного и антихолинергического действия, при этом отдается предпочтение более дорогостоящим антигистаминным препаратам II поколения и их активным метаболитам. Наиболее эффективно профилактическое применение антигистаминных препаратов перед предполагаемым контактом с аллергеном. Данные препараты используются как в качестве монотерапии, так и в сочетании с топическими кортикостероидами. Широко применяется в клинической практике цетиризин – метаболит гидроксизина, конкурентный антагонист гистамина. При применении в терапевтических дозах не проникает через

гематоэнцефалический барьер, поэтому не вызывает сколько-нибудь значимого седативного эффекта и не влияет на скорость психомоторных реакций. Цетиризин воздействует как на раннюю, так и на позднюю стадии аллергической реакции. На фоне курсового лечения толерантность к антигистаминному действию цетиризина не развивается. После прекращения лечения действие сохраняется до 3 суток.

Стабилизаторы мембран тучных клеток. Натрия кромогликат умеренно эффективен, хорошо переносится, может использоваться в комбинации с антигистаминным препаратом и деконгестантом, не имеет серьезных побочных эффектов. Недостатком препарата является необходимость приема 4–6 раз в день. Препарат является хорошим выбором для маленьких детей и пациентов, не получавших кортикостероидов.

Результаты исследований убедительно доказали эффективность специфической иммунотерапии аллергенами пыльцы трав, деревьев и кустарников, антигенами клещей домашней пыли и кошачьей перхоти

Топические глюкокортикостероиды (ГКС) в виде назальных аэрозолей при регулярном использовании оказывают выраженное действие на все симптомы аллергического ринита.

Топические ГКС характеризуются относительно медленным началом действия, их максимальный эффект развивается в течение нескольких дней, поэтому они должны применяться регулярно, а при тяжелых формах сезонного аллергического ринита нужно начинать лечение за 2 недели до начала сезона цветения. Низкая биодоступность современных топических ГКС объясняется их минимальной (0,1–8%) абсорбцией из желудочно-кишечного тракта и почти полной (около 100%) биотрансформацией до неактивных метаболитов при первом пассаже через печень. Та небольшая часть препара-

та, которая всасывается со слизистой оболочки дыхательного тракта, также гидролизруется эстеразами до неактивных субстанций. Эти особенности фармакокинетики топических ГКС позволяют длительно использовать необходимые дозы препарата без риска развития системных эффектов [10].

Местные сосудосуживающие средства. Альфа-адреномиметики оказывают сосудосуживающее действие и уменьшают заложенность носа, но не влияют на зуд, чихание и ринорею. Наиболее часто применяют местные альфа-2-адреномиметики, являющиеся дериватами имидазолина (оксиметазолин, ксилометазолин и нафазолин). Курс лечения не рекомендуется продолжать более 7–10 дней, учитывая риск развития медикаментозного ринита.

Также необходимо привести таблицу 2 влияния различных групп препаратов на ту или иную симптоматику аллергического ринита [11].

В заключение хотелось бы привести ступенчатую схему лечения ринита (табл. 3) [10, 11].

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

Пациент М., 34 года, обратился в клинику с жалобами на затруднение носового дыхания в течение всего года, отмечал, что симптоматика усиливается в апреле-мае, когда появляется водянистое отделяемое из носа, зуд в носу, приступы чихания.

Обследование: кожные аллергопробы (прик-тесты):

- береза (*Betula alba*) ++;
- ольха (*Alnus glutinosa*) +++;
- орешник (*Corylus avellana*) ++++.

Был выставлен диагноз: Аллергический ринит средне-тяжелая форма, интермиттирующее течение, сенсibilизация к пыльце деревьев.

Было назначено следующее лечение:

- промывание носа изотоническими солевыми растворами 4 раза в день – 1 месяц;
- топический интраназальный кортикостероид по 2 впрыска в каждую половину носа 1 раз в день перед сном,

Таблица 2. Влияние различных групп препаратов на симптоматику аллергического ринита

Препараты		Симптомы				
		чихание	ринорея	назальная обструкция	зуд в носу	глазные симптомы
H1-блокаторы	оральные	++	++	+	+++	++
	интраназальные	++	++	+	++	0
Кортикостероиды интраназальные		+++	+++	++	++	++
Кромоны интраназальные		+	+	+	0	
Деконгестанты	интраназальные	0	0	++++	0	0
	оральные	0	0	+	0	0
Антихолинергики		0	++	0	0	0
Антилейкотриеновые препараты		0	+	++	0	++

Таблица 3. Ступенчатая схема лечения ринита

Интерmittирующий		Персистирующий	
легкий	умеренный/ тяжелый	легкий	умеренный/ тяжелый
I ступень	II ступень	III ступень	
<ul style="list-style-type: none">оральные (например, цетрин) или интраназальные H1- блокаторыи/или деконгестантыили антилейкотриеновые средства (не в порядке предпочтения)	<ul style="list-style-type: none">оральные (например, цетрин) или интраназальные H1-блокаторыи/или деконгестантыили интраназальные кортикостероидыили антилейкотриеновые средства (или 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 – ступень 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 ступень 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 ипратропия бромид;при зуде и чихании добавить H1-блокаторы (например, цетрин) <p>При отсутствии эффекта решить вопрос о целесообразности хирургического лечения (например, полипов носа)</p>	
При наличии конъюнктивита добавьте оральные H1-блокаторы или интраокулярные H1-блокаторы			
Обсудить возможность применения иммунотерапии аллергенами			
При улучшении – ступень вниз, при ухудшении – ступень вверх			

а по достижении контроля симптомов (через 15 дней) доза была снижена до 1 впрыска в каждую половину носа 1 раз в день (до 1 месяца);

■ оральный антигистаминный препарат цетиризин по 1 таблетке 1 раз в день перед сном – 14 дней.

На фоне проводимой терапии удалось достичь полного контроля симптоматики.

Конфликт интересов: авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов в ходе написания данной статьи.

ЛИТЕРАТУРА

- Рязанцев С.В., Полевщиков А.В. Аллергический ринит – этиология, патогенез, особенности фармакотерапии. Частная аллергология. Под ред. Г. Б. Федосеева. СПб.: Нормед, 2001. 644 с. / Ryazantsev SV, Polevshchikov AV. Allergic rhinitis: etiology, pathogenesis, features of pharmacotherapy. Particular allergology. Under the editorship of Fedoseyev GB. SPb: Nordmed, 2001. 644 p.
- Туровский А.Б., Кудрявцева Ю.С., Мирошниченко Н.А. Аллергический ринит. Диагностика и лечение. РМЖ, 2011, 6: 409. / Turovsky AB, Kudryavtseva YuS, Miroshnichenko NA. Allergic rhinitis. Diagnosis and treatment. RMI, 2011, 6: 40.
- Намазова Л.С., Вознесенская Н.И., Торшхоева Р.М., Эфендиева К.Е., Левина Ю.Г. Аллергический ринит. Аллергология и иммунология в педиатрии, 2004, 2–3: 31–37. / Namazova LS, Voznesenskaya NI, Torshkheeva RM, Efendieva KE, Levina YuG. Allergic rhinitis. Allergologiya i Immunologiya v Pediatrii, 2004, 2–3: 31–37
- Ardis CA, Hellings PW, Agache I. Global Atlas of Allergic Rhinitis and chronic Rhinosinusitis. Zurich: EAACI Pub., 2015. 422 p.
- Brozek JL, Bousquet J et al. Allergic rhinitis and its Impact on Asthma (ARIA) guidelines: 2010 revision. Allergy Clin Immunol, 2010 Sep, 126(3): 466–476.
- Лопатин А.С. Алгоритмы диагностики и лечения аллергического и вазомоторного ринита. РМЖ, 2002, 10(17): 761. / Lopatin AS. Algorithms for the diagnosis and treatment of allergic and vasomotor rhinitis. RMI, 2002, 10 (17): 761.
- Крюков А.И., Туровский А.Б., Бондарева Г.П., Сёмкина О.В. Принципы лечения аллергического ринита. Медицинский совет, 2013, 7: 42–47. / Kryukov AI, Turovsky AB, Bondareva GP, Syomkina OV. Principles of allergic rhinitis therapy. Meditsinsky Sovet, 2013, 7: 42–47.
- Арефьева Н.А., Бржецкий В.В., Вишняков В.В., Емельянов А.В., Карпищенко С.А., Косяков С.Я. и др. Аллергический риноконъюнктивит. Клинические рекомендации. Под ред. А. С. Лопатина. М.: Практическая медицина, 2015. 80 с. / Arefieva NA, Brzhesky VV, Vishnyakov VV, Emelyanov AV, Karpishchenko SA, Kosyakov SYa. Allergic rhinoconjunctivitis. Clinical guidelines. Under the editorship of Lopatin AS. M.: Practical medicine, 2015. 80 p.
- Гущин И.С., Курбачева О.М. Лечение круглогодичного аллергического ринита антигистаминными препаратами. Лечащий врач, 2004, 8: 20–23. / Gushchin IS, Kurbacheva OM. Antihistamines in the treatment of perennial allergic rhinitis. Lechaschy Vrach, 2004, 8: 20–23.
- Рязанцев С.В. Аллергический ринит -- этиология, патогенез, особенности фармакотерапии: Методические рекомендации. 2006. 28 с. / Ryazantsev SV. Allergic rhinitis: etiology, pathogenesis, features of pharmacotherapy: Methodical guidelines. 2006. 28 p.
- Anolik R. Fluticasone furoate nasal spray: Profile of an enhanced-affinity corticosteroid in treatment of seasonal allergic rhinitis. J Asthma Allergy, 2010, 3: 87–99.

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ:

Рязанцев Сергей Валентинович – д.м.н., профессор, заместитель директора ФГБУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт уха, горла, носа и речи» Минздрава России по научно-координационной работе с регионами, главный оториноларинголог по Северо-Западному федеральному округу, Санкт-Петербург, Россия

Гончаров Олег Игоревич – клинический ординатор отдела разработки и внедрения высокотехнологичных методов лечения ФГБУ «Санкт-Петербургский НИИ уха, горла, носа и речи» Минздрава России, Санкт-Петербург, Россия