

СОВРЕМЕННЫЙ ПОДХОД

К КОМПЛЕКСНОМУ ЛЕЧЕНИЮ АЛЛЕРГИЧЕСКОГО РИНИТА

Аллергический ринит – распространенное заболевание, существенно ухудшающее качество жизни пациента. В отдельных случаях заболевание может представлять угрозу жизни. У больных с аллергическим ринитом возможны тяжелые приступы бронхиальной обструкции. Широкая распространенность аллергического ринита у взрослых и детей, неуклонный рост заболеваемости представляют большую медико-социальную проблему. Лечение аллергических ринитов должно быть направлено на увеличение сроков ремиссии, профилактику обострения заболевания и обучение пациентов поддержанию контроля над симптомами заболевания. Восстановление носового дыхания у больных аллергическим ринитом – задача, которая стоит перед врачами-оториноларингологами и аллергологами. Актуальным является предложение лечения с учетом патофизиологических механизмов, происходящих не только в слизистой оболочке полости носа, но и во всем организме, в кишечнике в частности.

Ключевые слова: аллергический ринит, интраназальные глюкокортикостероиды, поллиноз, микробиота кишечника.

S.A. KARPISCHENKO, G.V. LAVRENOVA, E.I. MURATOVA

Pavlov First Saint Petersburg Medical University of the Ministry of Healthcare of Russia, St Petersburg, Russia

A MODERN APPROACH TO THE COMBINATION TREATMENT OF ALLERGIC RHINITIS

Allergic rhinitis is a common disease that significantly worsens the patient's quality of life. In some cases, the disease can be life threatening. Severe attacks of bronchial obstruction may occur in patients with allergic rhinitis. The widespread prevalence of allergic rhinitis in adults and children, consistent increase in disease incidence constitutes a great medical and social issue. Treatment for allergic rhinitis should be aimed at reaching increased remission duration, preventing the exacerbation of the disease and educating patients to maintain control over the symptoms of the disease. A challenge that otolaryngologists and allergists face is to restore nasal breathing in patients with allergic rhinitis. The updated approach to the challenge is to suggest treatment that takes into account the pathophysiological mechanisms that occur not only in the mucous membrane of the nasal cavity, but throughout the body, in particular, in the intestine.

Keywords: allergic rhinitis, intranasal glucocorticosteroids, pollinosis, intestinal microbiota.

Аллергический ринит – распространенное заболевание, существенно ухудшающее качество жизни пациента. В отдельных случаях заболевание может представлять угрозу жизни, например при пароксизмальных приступах чихания у пациента-водителя. У больных с аллергическим ринитом возможны тяжелые приступы бронхиальной обструкции. Широкая распространенность аллергического ринита у взрослых и детей, неуклонный рост заболеваемости представляют большую медико-социальную проблему. Практические врачи сталкиваются в основном с двумя формами аллергического насморка: поллинозом (аллергический ринит, обусловленный сенсibilизацией к пыльцевым аллергенам) и круглогодичным аллергическим ринитом. Выделяют основные группы аллергенов: пыльца растений, споры плесневых грибов, шерсть животных, клещи и другие насекомые, домашняя и библиотечная пыль, пищевые аллергены. Ингаляционное поступление аллергенов вызывает первичную аллергическую реакцию слизистой оболочки полости носа и формирует «шоковый орган». Поражение мерцательного эпителия и бокаловидных клеток приводит к гиперсекреции слизи, нарушается барьерная функция мукоцилиарной системы и появляются основные симптомы аллергического ринита. Ринорея, приступы чихания, зуд и жжение в носу, затруднение носового дыхания вплоть до полной обструкции носовых

ходов часто сочетаются с глазными симптомами. Диагностика аллергического ринита осуществляется оториноларингологом и аллергологом. В качестве обследования проводится цитологическое исследование носового секрета, определение уровня иммуноглобулина Е, аллерген-специфических антител в сыворотке крови, кожные аллергологические пробы [1, 2].

Аллергический ринит является первичным хроническим заболеванием, течение которого зависит от ранней диагностики и своевременной комплексной терапии. Важным является ограничение или исключение контакта пациентов с установленными аллергенами, общие «санитизирующие» аллергены мероприятия, такие как ежедневная влажная уборка, удаление из жилых помещений ковров, рыхлого текстиля, перьевых и шерстяных подушек.

Лечение аллергических ринитов должно быть направлено на увеличение сроков ремиссии, профилактику обострения заболевания и обучение пациентов поддержанию контроля над симптомами заболевания. Восстановление носового дыхания у больных аллергическим ринитом – задача, которая стоит перед врачами-оториноларингологами и аллергологами. Известно, что пациенты с аллергическим ринитом наиболее трудно поддаются коррекции носового дыхания. Существующие способы и методы лечения заболевания облегчают состояние больного, восстанавливают носовое дыхание, но, как правило,

на непродолжительное время. Поскольку множество предложенных способов не дают хотя бы длительной ремиссии, актуальным является предложение лечения с учетом патофизиологических механизмов, происходящих не только в слизистой оболочке полости носа, но и во всем организме, в кишечнике в частности [1, 3].

В терапии аллергического ринита используются немедикаментозные и медикаментозные методы. К немедикаментозным относят максимальное исключение контакта с возможными аллергенами, соблюдение гипоаллергенной диеты, поддержание адекватной работы кишечника, элиминирующие мероприятия в полости носа. Мы обратили особое внимание на состояние кишечника обследованных нами больных. Как показал опрос и последующие консультации гастроэнтеролога, у большинства пациентов был выявлен колит и энтероколит. Это наблюдение позволило нам добавить в схему лечения препараты, очищающие кишечник и восстанавливающие микробиоту.

В организме человека обитает сложное сообщество микроорганизмов – микробиота. Подсчитано, что кишечная микробиота человека содержит 10^{14} клеток, что в 10 раз превышает количество клеток человеческого тела [1].

Нормальная микробиота также сильно влияет на систему иммунитета слизистой оболочки.

С нарушенной микробиотой кишечника ассоциируется широкий спектр заболеваний: инфекции, диарея, мальабсорбция, сахарный диабет, пищевая аллергия, бронхиальная астма, воспалительные заболевания кишечника, кишечная колика, синдром раздраженного кишечника. Это обусловлено тем, что микробиота кишечника участвует в разнообразных физиологических функциях организма: защитной, пищеварительной, детоксикационной и антиканцерогенной, синтетической, генетической, иммуногенной, в регуляции обмена холестерина и оксалатов, в формировании как местного (активация продукции иммуноглобулинов класса A (IgA), фагоцитарной активности), так и системного иммунитета. Само наличие бактерий в кишечнике приводит к постоянному антигенному тренирующему эффекту. В этом смысле кишечник можно образно назвать самым большим «иммунным органом» человека [3].

Практические врачи сталкиваются в основном с двумя формами аллергического насморка: поллинозом (аллергический ринит, обусловленный сенсibilизацией к пыльцевым аллергенам) и круглогодичным аллергическим ринитом

Медикаментозное лечение аллергического ринита включает симптоматические и патогенетические препараты. Промывание полости носа для сохранения барьерной функции мерцательного эпителия предохраняет в какой-то степени проникновение аллергенов в строу слизистой оболочки. Элиминация может осуществляться солевыми растворами, свежетапой водой, настоями черного и зеленого чая.

Для симптоматической терапии используют сосудосуживающие препараты, антихолинергические препараты, кромоны, местные и системные антигистаминные средства, блокаторы рецепторов лейкотриенов, топические и системные глюкокортикостероиды (ГКС). Для восстановления функции кишечника назначаются энтеросорбенты, про-, пре-, метабиотики, адаптогены, диету [4–6].

Патогенетическая терапия – аллерген-специфическая иммунотерапия с причинно-выявленными аллергенами, может приостанавливать процесс развития аллергического заболевания. Эта терапия проводится иммунологами.

Аллергический ринит является первичным хроническим заболеванием, течение которого зависит от ранней диагностики и своевременной комплексной терапии

Важным и обязательным является индивидуальный подбор симптоматической терапии, необходимо учитывать степень тяжести заболевания, условия жизни и работы пациента, переносимость назначаемых лекарственных средств, характерологические особенности пациента в плане приверженности к рекомендациям врача. К сожалению, методы симптоматической терапии не могут обеспечивать длительно сохраняющийся эффект после их отмены. Тем не менее местная симптоматическая терапия аллергического насморка топическими ГКС является общепринятой. Одним из часто назначаемых топических глюкокортикостероидов является Фликсоназе.

Фармакологическое действие препарата – противовоспалительное, противоотечное, противоаллергическое.

Противовоспалительное действие реализуется в результате взаимодействия с рецепторами ГКС. Подавляет пролиферацию тучных клеток, эозинофилов, лимфоцитов, макрофагов, нейтрофилов. Флутиказона пропионат уменьшает выработку медиаторов воспаления и других биологически активных веществ (гистамина, лейкотриенов, цитокинов) во время ранней и поздней фазы аллергической реакции. Восстанавливает реакцию больного на бронходилататоры, позволяя уменьшить частоту их применения. Уменьшает чихание, зуд в носу, насморк, заложенность носа, неприятные ощущения в области придаточных пазух и ощущение давления вокруг носа и глаз. Кроме того, облегчает глазные симптомы, связанные с аллергическим ринитом [7–10].

СПОСОБ ПРИМЕНЕНИЯ И ДОЗЫ

Интраназально. Взрослым и детям старше 12 лет для профилактики и лечения аллергического ринита рекомендуемая доза – по 2 впрыскивания в каждый носовой ход 1 р/сут, лучше утром (общая доза 200 мкг/сут). После достижения контроля симптомов дозу можно уменьшить до 1 впрыскивания в каждую ноздрю 1 р/сут (100 мкг/сут).

В некоторых случаях – по 2 впрыскивания в каждый носовой ход 2 р/сут (общая доза 400 мкг/сут) в течение

непродолжительного времени с целью достижения контроля над симптомами, после чего дозу можно уменьшать.

Максимальная суточная доза (общая доза 400 мкг/сут) – не более 4 впрыскиваний в каждый носовой ход.

Пожилым пациентам: обычная доза для взрослых.

Детям в возрасте 4–12 лет для профилактики и лечения сезонного аллергического ринита – по 1 впрыскиванию (50 мкг) в каждый носовой ход 1 раз в день. Максимальная суточная доза (общая доза 200 мкг/сут) – не более 2 впрыскиваний в каждый носовой ход.

Для достижения полного терапевтического эффекта важно регулярное применение препарата. Препарат может не дать немедленного терапевтического эффекта, максимальное облегчение наступает после 3–4 дней лечения [11].

Целью нашей работы явилось предложить схему лечения аллергического ринита у пациентов с патологией кишечника.

Лечение аллергических ринитов должно быть направлено на увеличение сроков ремиссии, профилактику обострения заболевания и обучение пациентов поддержанию контроля над симптомами заболевания

Под нашим наблюдением находилось 24 человека с круглогодичным аллергическим ринитом в возрасте от 19 до 38 лет. Из анамнеза жизни известно, что пациенты страдают хроническим аллергическим ринитом с раннего возраста. До начала исследования пациенты предъявляли жалобы преимущественно на нарушение носового дыхания, часто полную обструкцию носовых ходов, зуд в носу, чихание, выделения из носа, нарушение обоняния, слезотечение, зуд век, отечность лица, нарушение сна, усталость, раздражительность. При эндоскопии полости носа: в 100% случаев отмечался мощный отек слизистой оболочки полости носа, синюшная окраска слизистой оболочки носовых раковин, обильное количество водянистого слизистого отделяемого в просвете полости носа. Уровень эозинофилии периферической крови составил $7,3 \pm 6,2\%$, в органе-мишени (слизистая оболочка полости носа) максимальный уровень аллергического воспаления и количества эозинофилов в мазках-отпечатках доходил вплоть до 43%.

Пациентам была назначена терапия: адаптогены, сорбенты (Лактофилтум, Энтеросгель, активированный

уголь и др.) – 14 дней, пре- и пробиотики (Бифиформ, Линекс, Аципол и др.), деконгестанты, промывание полости носа солевыми растворами, ГКС (Фликсоназе), антигистаминные средства.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

Больной В., 32 года, строительный рабочий, обратился с жалобами на нарушение носового дыхания и обоняния, приступы чихания, нарушение сна, чувство усталости, раздражительность. Болен в течение 3 лет, лечился самостоятельно и у оториноларинголога в поликлинике, принимал антигистаминные препараты, деконгестанты, промывал нос морской водой. Лечение давало только временный эффект. При осмотре наблюдалась отечность с синюшностью нижних носовых раковин, умеренное искривление перегородки носа влево, в носовых ходах слизистое отделяемое, стекающее и в носоглотку. На КТ околоносовых пазух затенение в клетках решетчатого лабиринта и верхнечелюстных пазухах по типу отека. При целенаправленном опросе о состоянии кишечника выявлены жалобы на вздутие в животе, повышенное газообразование, учащенный стул. В связи с этими жалобами больной был консультирован гастроэнтерологом и обследован. Установлен энтероколит с дисбиозом кишечника. Больному был установлен диагноз: круглогодичный аллергический ринит, сопутствующий энтероколит. Больному было назначено: элиминационная терапия, Фликсоназе с подробной инструкцией по применению (перед впрыскиванием очистить полость носа, встряхнуть флакон перед употреблением, прижать крыло носа с одной стороны и ввести наконечник в другой носовой ход. Наклонить голову вперед, продолжать держать наконечник вертикально. Произвести однократное нажатие для распыления препарата на вдохе. Выдохнуть через рот. То же повторить с другой стороны) – курс 14 дней. Лактофилтум – по 2 табл. 14 дней, настойка родиолы розовой 20 кап. утром натощак – 1 месяц, диета по М.И. Певзнеру, стол №4.

После проведенного лечения состояние больного существенно улучшилось, восстановилась проходимость носа для дыхания и обоняние. Нормализовалась работа кишечника (катамнез 6 месяцев). Таким образом, комплексное лечение с включением Фликсоназе весьма эффективно.



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

ЛИТЕРАТУРА

1. Булкина О.З., Маркова Т.П. Клинико-иммунологическая характеристика больных круглогодичным аллергическим ринитом с очагами хронической инфекции рото- и носоглотки. *Иммунология*, 2007, 1: 46–49. / Bulkina OZ, Markova TP. Clinical and immunological characteristics of patients with perennial allergic rhinitis and chronic oral and nasopharyngeal foci of infection. *Immunologia*, 2007, 1: 46–49.
2. Архипов В.В. Клиническая фармакология ингаляционных глюкокортикостероидов. *Практическая пульмонология*, 2014, 1: 57–64. / Arkhipov VV. Clinical pharmacology of inhaled glucocorticosteroids. *Prakticheskaya Pulmonologiya*, 2014, 1: 57–64.
3. Гарашенко Т.И. Современная терапия аллергических ринитов у детей. *РМЖ. Пульмонология. Аллергология*, 2002, 5: 273–277. / Garashchenko TI. Modern therapy of allergic rhinitis in children. *RMJ. Pulmonologia. Allergologia*, 2002, 5: 273–277.
4. Ткач С.М., Пучков К.С., Сизенко А.К. Кишечная микробиота и функциональные заболевания кишечника. *Сучасна гастроентерологія*, 2014,

- 1(75): 118-127. /Tkach SM, Puchkov KS, Sizenko AK. Intestinal microbiota and functional bowel disease. *Suchasna Gastroenterologiya* 2014, 1 (75): 118-127.
5. Багешева Н.В., Ивашук Е.В., Дубровская И.И. Некоторые аспекты влияния ингаляционных глюкокортикостероидов на слизистые оболочки ротоглотки. *Folia Otorhinolaryngologiae et Pathologiae Respiratoriae*, 2014, 3(20): 6-8. / Bagisheva NV, Ivashchuk EV, Dubrovskaya II. Some aspects of the effect of inhaled glucocorticosteroids on the mucosa of the oropharynx. *Folia Otorhinolaryngologiae et Pathologiae Respiratoriae*, 2014, 3 (20): 6-8.
6. Вознесенский Н.А. К вопросу о безопасности ингаляционных и интраназальных глюкокортикостероидов. *Практическая пульмонология*, 2005, 2: 50-54. /Voznesensky NA. Revisiting the safety of inhaled and intranasal glucocorticosteroids. *Prakticheskaya Pulmonologiya*, 2005, 2: 50-54.
7. Нестерова А.А., Нестерова К.И. Топическая антигистаминная терапия аллергического ринита *Folia otorhinolaryngologiae et pathologiae respiratoriae*, 2015, 21(2): 109-111. / Nesterova AA, Nesterova KI. Topical antihistamine therapy of allergic rhinitis *Folia otorhinolaryngologiae et pathologiae respiratoriae*, 2015, 21 (2): 109-111.
8. Мокроносова М.А., Сергеев А.В., Тарасова Г.Д. и др. Особенности микрофлоры слизистых оболочек верхних дыхательных путей при аллергическом рините. *Российская оториноларингология*, 2003, 2: 134-138. /Mokronosova MA, Sergeev AV, Tarasova GD, et al. Characteristics of the microflora of the mucosa of the upper respiratory tract in allergic rhinitis. *Rossiyskaya Otorinolaringologiya*, 2003, 2: 134-138.
9. Нестеров И.А. Особенности хирургической анатомии структур среднего носового хода с позиций функциональных эндоскопических вмешательств. *Патология верхних дыхательных путей и голоса: сборник статей научно-практической конференции, посвященной 30-летию Омского городского фониатрического центра*. Под ред. Ю.А. Кротова, К.И. Нестерова, А.И. Драчука. Омск, 2006: 76-79. / Nesterov IA. Features of surgical anatomy of the middle nasal passage structures from the standpoint of functional endoscopic interventions. *Patologiya Verkhnykh Dykhatelnykh Putey I Golosa: Sbornik Statey Nauchno-Prakticheskoy Konferentsii, Posvyaschennoy 30-Letiyu Omskogo Gorodskogo Foniatricheskogo Tsentra*. Under the editorship of Krotov YuA, Nesterov KI, Drachuk AI. Omsk, 2006: 76-79.
10. Гушин И.С., Курбачева О.С. Аллергия и аллергенспецифическая иммунотерапия. М.: Фармарус Принт Медиа, 2010. 165 с. / Gushchin IS, Kurbacheva OS. Allergy and allergen-specific immunotherapy. M.: Farmarus Print Media, 2010. 165 p.
11. https://www.rlsnet.ru/tn_index_id_3385.htm.

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ:

Муратова Евгения Игоревна – очный аспирант кафедры оториноларингологии с клиникой ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский медицинский университет им. акад. И.П. Павлова», Санкт-Петербург, Россия

Карпищенко Сергей Анатольевич – д.м.н., профессор, заведующий кафедрой оториноларингологии с клиникой ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский медицинский университет им. акад. И.П. Павлова», Санкт-Петербург, Россия

Лавренова Галина Владимировна – д.м.н., профессор кафедры оториноларингологии с клиникой ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский медицинский университет им. акад. И.П. Павлова», Санкт-Петербург, Россия



www.remedium-journal.ru

ОФИЦИАЛЬНЫЙ САЙТ ЖУРНАЛА



- УДОБНЫЙ АРХИВ НОМЕРОВ ЗА ВСЕ ГОДЫ ВЫПУСКА ЖУРНАЛА (с 2002 ГОДА)
- АКТУАЛЬНЫЕ НОВОСТИ ФАРМРЫНКА
- ВОЗМОЖНОСТЬ ПОДПИСАТЬСЯ НА ЭЛЕКТРОННУЮ ВЕРСИЮ СВЕЖЕГО НОМЕРА (ДОСТУП ИЗ ЛИЧНОГО КАБИНЕТА)

Заполнив форму заказа на подписку на сайте, вы получите скидку **10%** на любой подписной комплект

105082,
Москва, ул. Бакунинская, 71, стр. 10.
Тел.: 8 495 780 3425
факс: 8 495 780 3426
remedium@remedium.ru