

Эффективный контроль симптомов у пациентов с аллергическим ринитом

В.М. СВИСТУШКИН, Э.В. СИНЬКОВ

Федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования «Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова» Министерства здравоохранения Российской Федерации (Сеченовский университет): 119991, Россия, г. Москва, ул. Б. Пироговская, д. 6, стр. 1

Информация об авторах:

Свистушкин Валерий Михайлович – д.м.н., профессор, завкафедрой болезней уха, горла и носа Федерального государственного автономного образовательного учреждения высшего образования «Первый Московский государственный медицинский университет имени

И.М. Сеченова» Министерства здравоохранения Российской Федерации (Сеченовский университет); e-mail: svvm3@yandex.ru

Синьков Эдуард Викторович – к.м.н., доцент, кафедра болезней уха, горла и носа Федерального государственного автоном-

ного образовательного учреждения высшего образования «Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова» Министерства здравоохранения Российской Федерации (Сеченовский университет)

РЕЗЮМЕ

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 глюкокортикоиды, мометазона фураат

Для цитирования: Свистушкин В.М., Синьков Э.В. Эффективный контроль симптомов у пациентов с аллергическим ринитом. *Медицинский совет.* 2019;12:54-56. DOI: <https://doi.org/10.21518/2079-701X-2019-12-54-56>.

Конфликт интересов: авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Effective control of symptoms at patients with allergic rhinitis

Valery M. SVISTUSHKIN, Eduard V. SINKOV

Federal State Autonomous Educational Institution of Higher Education First Moscow State Medical University named after I.M. Sechenov of the Ministry of Health of the Russian Federation (Sechenov University): 119991, Russia, Moscow, B. Pirogovskaya St., 6, Bldg. 1

Author credentials:

Svistushkin Valery Michailovich – Dr. of Sci. (Med), Professor, Head of the Department of Ear, Throat and Nose Diseases, Federal State Autonomous Educational Institution of Higher Education First Moscow State Medical University named after I.M.

Sechenov, Ministry of Health of the Russian Federation (Sechenov University); e-mail: svvm3@yandex.ru

Sinkov Eduard Viktorovich – Cand. of Sci. (Med.), Assistant Professor, Chair for Ear, Nose & Throat Diseases, Federal State

Autonomous Educational Institution of Higher Education «I.M. Sechenov First Moscow State Medical University» of the Ministry of Health of the Russian Federation (Sechenov University)

ABSTRACT

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

For citing: Svistushkin V.M., Sinkov E.V. Effective control of symptoms at patients with allergic rhinitis. *Meditsinsky Sovet.* 2019;12:54-56. DOI: <https://doi.org/10.21518/2079-701X-2019-12-54-56>.

Conflict of interest: The authors declare no conflict of interest.

Аллергический ринит (АР) – 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].

АР является весьма распространенным заболеванием, в то же время эпидемиология его недостаточно изучена. По всей видимости, данная ситуация связана с тем, что диагноз «АР» основывается на клинических симптомах, выраженность которых колеблется в широком диапазоне. В мире от 15 до 30% населения страдает круглогодичной или сезонной формой АР. Выявляемость АР среди пациентов, обратившихся на прием к семейному врачу, составляет 20 на 1000 в Великобритании, 11 на 1000 в Дании и 86 на 1000 пациентов в Австралии. Примерно от 10 до 20% жителей Европы обнаруживают у себя различные по степени выраженности симптомы АР в какой-либо момент своей жизни. В России заболеваемость АР 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 АР выявляют в экологически неблагоприятных областях [4]. Общеизвестен тот факт, что частота заболеваемости АР имеет неуклонный рост в последние десятилетия. Вместе с тем около 40% населения имеет специфические IgE-антитела к различным аллергенам, что может расцениваться как признак atopического состояния, но только 15% страдает от проявлений АР. 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 АР зарегистрирован в возрасте от 18 до 24 лет. В подавляющем большинстве случаев отмечается сочетание АР и конъюнктивита (риноконъюнктивит), и ни в коем случае не следует забывать о том, что АР выявляют более чем у 80% пациентов, страдающих бронхиальной астмой [5].

Диагностика АР проводится на основании тщательно сбора жалоб и анамнеза, осмотра полости носа (включая эндоскопические методы), данных лабораторных показателей и аллергопроб. По данным анамнеза возможно связать сроки заболевания с определенным периодом года (чаще – цветения различных видов растений) в случае сезонного АР или с некоторыми факторами воздействия внешней среды при круглогодичных АР (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 «АР» еще до проведения аллергопроб.

При сезонном АР обычно больные обращают внимание на водянистые выделения из полости носа, зуд и ощущение щекотания в области наружных отверстий носа, а также многократные приступы чихания. А такой симптом, как заложенность носа, при сезонном АР не является постоянным и не относится к характерным определяющим признакам заболевания. Ощущение зуда и приступообразное чихание возникают в результате раздражения рецепторов гистамином. Следует отметить тот факт, что длительная ринорея (обильные водянистые выделения) является патогномичным признаком, указывающим на аллергический характер заболевания. При острых инфекционных ринитах выделения из носа загустевают уже на второй-третий день от начала заболевания и становятся слизистыми либо слизисто-гнойными. При сезонном же АР водянистые выделения из полости носа сохраняют свой характерный вид на весь период действия аллергена. Приступообразное чихание также свойственно исключительно АР, так как в отличие от банального насморка не устраняется причина, ведущая к раздражению слизистой оболочки полости носа. Жалобы пациента, страдающего круглогодичным АР, не столь выражены и сводятся чаще всего к ощущению заложенности и умеренным слизистым выделениям из полости носа. При передней риноскопии или эндоскопическом исследовании полости носа в первую очередь проводят дифференциальную диагностику с полипозным риносинуситом и девиациями перегородки носа. Четких и характерных риноскопических признаков, свойственных исключительно АР, не существует. Увеличенные в объеме носовые раковины и бледная слизистая оболочка с синюшными пятнами Воячека до недавнего времени считались характерными риноскопическими признаками АР, но в то же время схожую картину можно наблюдать у пациентов с идиопатическим и медикаментозным ринитом.

Цитологическое исследование мазков и смывов из полости носа служит для проведения дифференциальной диагностики между инфекционным ринитом и АР. Для АР характерна эозинофильная инфильтрация, а при бактериальном насморке выявляются нейтрофилы. В то же время следует упомянуть о том, что данный метод не всегда является абсолютно надежным – в некоторых случаях возможно отсутствие эозинофилов в отделяемом из полости носа у больных АР.


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 аллергенспецифических иммуноглобулинов E в сыворотке крови. Уровень общего IgE близок к нулю в момент рождения у человека, но в течение жизни постепенно увеличивается. У среднего взрослого человека уровень IgE выше 100–150 Ед/л считается повышенным [6].

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 АР 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 раствора 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 АР.

Специфическая иммунотерапия является эффективным методом лечения пациентов с АР. 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 АР. На сегодняшний день одними из наиболее эффективных и безопасных средств лечения пациентов с АР являются топические глюкокортикостероиды [7]. Современные топические (интраназальные) глюкокортикостероиды обладают высокой топической активностью и минимальными системными эффектами за счет их быстрой инактивации в печени. Современные интраназальные ГКС обладают крайне низкой биодоступностью. Известный и хорошо себя зарекомендовавший мометазона фураат был впервые одобрен для применения в Европе в 1997 г. для лечения пациентов с АР. 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.

Опубликованные данные убедительно демонстрируют высокую эффективность топических кортикостероидов в качестве средств базовой терапии у пациентов с АР. 

Поступила/Received 10.02.2019

ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. *Аллергология и иммунология: национальное руководство*. Под ред. Р.М. Хаитова, Н.И. Ильиной. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. 656 с. [Allergology and immunology: national guidelines. Edited by R.M. Khaïtov, N.I. Il'ina. M.: GEOTAR-Media, 2009. 656 p.] (In Russ.)
2. Назарова Е.В., Ильина Н.И. Аллергический ринит: актуальные подходы к диагностике и лечению. *Эффективная фармакотерапия*. 2012;(7):18-24. [Nazarova E.V., Il'ina N.I. Allergic rhinitis: current approaches to diagnosis and treatment. *Effektivnaya Farmakoterapiya*. 2012;(7):18-24.] (In Russ.)
3. Астафьева Н.Г., Удовиченко Е.Н., Гамова И.В. и соавт. Пыльцевая аллергия в Саратовской области. *Российский аллергологический журнал*. 2010;(1):17-25. [Astafeva N.G., Udovichenko E.N., Gamova I.V. et al. Pollen allergy in the Saratov region. *Rossiyskiy Allergologicheskiy Zhurnal*. 2010;(1):17-25.] (In Russ.)
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. *Clinical & Experimental Allergy Reviews*. 2006;(6):62-66.
6. Tschopp J.M. 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. J.M. Tschopp, D. Sistek, C. Schindler et al. *Allergy*. 1998;(53):608.
7. Ильина Н.И., Павлова К.С. Как выбрать интраназальный глюкокортикостероид для лечения аллергического ринита. *Справочник поликлинического врача*. 2009;(11):43-47. [Il'ina N.I., Pavlova K.S. How to choose an intranasal glucocorticosteroid for the treatment of allergic rhinitis. *Spravochnik Poliklinicheskogo Vracha*. 2009;(11):43-47] (In Russ.)