

**Журнал "Лечащий Врач", #08, 2003 год // Издательство "Открытые системы" (<http://www.osp.ru/>)**

Постоянный адрес статьи: <http://www.osp.ru/doctore/2003/08/034.htm>

## Лечение аллергического ринита

И. В. Сидоренко

24.10.2003



Аллергический ринит (АР) относится к широко распространенным заболеваниям [1, 3]. За последние десятилетия во всех экономически развитых странах отмечено увеличение числа больных АР. По данным эпидемиологических исследований, проведенных в разных странах, распространенность АР составляет от 1 до 40%. В большинстве европейских стран 10—25% населения страдают аллергическим ринитом [8, 16, 17]. Эпидемиологические исследования, проведенные в разных регионах России, показали, что частота АР колеблется от 12 до 24% [4, 6]. Следует отметить, что многие больные не квалифицируют АР (особенно интермиттирующие формы) как заболевание и не обращаются к врачам. Тем не менее АР относится к 10 заболеваниям, по поводу которых пациенты наиболее часто обращаются за медицинской помощью [13], и представляет серьезную проблему для

здравоохранения в целом [12].

АР — это заболевание, которое характеризуется аллергическим (IgE-опосредованным) воспалением слизистых оболочек носа и проявляется чиханием, зудом в полости носа, выделениями из носа и затруднением носового дыхания.

Аллергическое воспаление формируется после контакта с аллергенами. В таблице 1 приведены некоторые наиболее распространенные аллергены.

Плазматические клетки синтезируют специфические IgE-антитела, которые в дальнейшем связываются с особыми рецепторами на мембране тучных клеток и базофилов. При повторном попадании аллергена в сенсibilизированный организм происходят соединение аллергена с соответствующими аллерген-специфическими IgE-антителами, активация тучных клеток и высвобождение из них биологически активных веществ, в первую очередь гистамина, лейкотриенов, простагландинов. Ранняя фаза аллергической реакции развивается в течение нескольких минут после воздействия аллергена, клинически проявляется зудом в полости носа, чиханием, ринореей. Через 4—6 ч после начала экспозиции аллергена в результате сложного каскада реакций, миграции клеток аллергического воспаления в ткани, формируется поздняя фаза. В патогенезе поздней фазы аллергического воспаления ведущая роль принадлежит эозинофилам. К симптомам хронического аллергического воспаления относятся заложенность носа, нарушение обоняния, гиперреактивность [2, 9, 15].

## Классификация АР

Традиционно АР подразделяют на сезонный (САР), круглогодичный (КАР) и профессиональный. У больных САР заболевание обусловлено аллергией к пыльце растений, у больных КАР — аллергией к бытовым аллергенам; формулировка диагноза включает указание на спектр аллергенов, выявленных у больного, и тяжесть симптомов. Данная классификация удобна и достаточно информативна. Диагноз «САР, аллергия к пыльце ольхи и березы» отражает сроки возникновения симптомов ринита (в данном случае это конец апреля-май), длительность заболевания (около трех недель), а также, косвенно, рекомендации по исключению перекрестно реагирующих продуктов питания (яблоки, морковь, лесные орехи). Данная классификация соответствует МКБ 10-го пересмотра.

В 2001 г. была предложена новая классификация АР (см. таблицу 2). По частоте возникновения симптомов выделяют интермиттирующий и персистирующий АР, по тяжести —

легкий и среднетяжелый/тяжелый [8].

Лечение больных АР включает [5, 11]:

- n уменьшение контакта или устранение причинного аллергена;
- n фармакотерапию;
- n аллерген-специфическую иммунотерапию;
- n обучение пациентов.

## **Уменьшение контакта или устранение причинного аллергена**

Тяжесть течения АР непосредственно связана с концентрацией аллергенов в окружающей среде. У больных с аллергией к клещам домашней пыли симптомы АР усиливаются во время уборки в квартире; у пациентов с аллергией к эпидермальным аллергенам — при контакте с кошкой или собакой. Больные с аллергией к пыльце березы в холодное время года забывают о своем заболевании, но каждый год в период цветения березы у них вновь отмечаются симптомы АР. Уменьшение контакта с причинно-значимым аллергеном является первым и необходимым шагом в лечении больных АР. Особенно важно соблюдать элиминационный режим в тех случаях, когда имеются серьезные ограничения в проведении фармакотерапии. Это, в первую очередь, относится к беременным женщинам и людям с тяжелой сопутствующей патологией. В большинстве случаев добиться полного исключения контакта с аллергеном невозможно, однако благодаря скрупулезному выполнению рекомендаций облегчается течение заболевания, снижается потребность в лекарствах.

## **Мероприятия, направленные на элиминацию бытовых аллергенов**

- n Регулярно проводите влажную уборку.
- n Регулярно пылесосьте матрасы, мягкую мебель; используйте пылесосы со специальными фильтрами.
- n Хорошо проветривайте квартиру, влажность в квартире должна быть 40—50%;
- n Смените перьевые подушки и шерстяные одеяла на синтетические. Стирайте подушки и одеяла несколько раз в год и хорошо их просушивайте.
- n Стирайте постельное белье один раз в неделю при температуре 55—60°.
- n Мягкие игрушки регулярно стирайте или периодически помещайте в холодильник — клещи погибают при низких температурах.
- n Уберите ковры; не держите дома и на даче старых вещей.
- n Не допускайте появления в квартире тараканов.
- n Следите, чтобы в ванной комнате не было повышенной влажности.
- n Используйте воздухоочистители, специальные покрытия на матрасы и подушки.

## **Мероприятия, направленные на элиминацию пыльцевых аллергенов**

- n В период цветения причинных растений следует воздерживаться от походов в лес, поездок за город; можно рекомендовать больным выезжать в другие климатические зоны, пользуясь календарем цветения растений разных регионов.
- n Следует ограничить пребывание на улице в сухую жаркую погоду и в утренние часы, так как концентрация пыльцевых аллергенов в это время наиболее высокая.
- n Выходя на улицу, нужно пользоваться солнцезащитными очками, а при возвращении — промывать слизистые носа и глаз; полезно также принимать душ.
- n Следует плотно закрывать окна в квартире и на работе, не открывать окна в машине.
- n При наличии перекрестной пищевой аллергии нужно строго соблюдать гипоаллергенную диету (см. таблицу 3).
- n Нельзя использовать фитопрепараты, пищевые добавки, косметические средства, содержащие пыльцу и растительные экстракты.

## Фармакотерапия АР

При лечении АР используются следующие основные группы препаратов:

- n антигистаминные препараты;
- n глюкокортикостероиды;
- n стабилизаторы мембраны тучных клеток (кромоны);
- n сосудосуживающие средства.

Место каждого препарата определяется его действием на разные звенья патогенеза, симптомами заболевания и их тяжестью, а также возрастом больного и наличием у него заболеваний, ограничивающих назначение тех или иных лекарственных средств [2, 8].

В лечении АР важное место принадлежит антигистаминным (АГ) препаратам, что определяется ролью гистамина в формировании клинических проявлений заболевания. Механизм их действия основывается на предупреждении патологических эффектов гистамина, который высвобождается из тучных клеток и базофилов в ранней фазе аллергической реакции [23, 24, 25].

При приеме АГ-препаратов у больных значительно уменьшаются такие симптомы аллергического ринита, как зуд в носу, чихание, ринорея. Эффективны эти препараты и при сопутствующем аллергическом конъюнктивите.

Хорошо известны преимущества и недостатки блокаторов Н1-рецепторов первого и второго поколений. Седативный эффект, свойственный первой генерации антигистаминных препаратов, существенно ограничивает их применение. Особенно важно это помнить при назначении данных лекарственных средств больным, чья профессиональная деятельность требует концентрации внимания, быстрого принятия решений, а также студентам и школьникам — в связи со снижением способности к обучению, восприятию новых знаний. С осторожностью АГ-препараты первой генерации следует назначать больным глаукомой, гипертрофией простаты, при тяжелых поражениях печени. Учитывая конкурентную блокаду Н1-рецепторов антигистаминными препаратами первой генерации, для достижения клинического эффекта требуется назначение относительно более высоких доз при увеличении кратности приема до трех-четырёх раз в сутки.

Новые АГ-препараты обладают значительными преимуществами по сравнению с препаратами первого поколения. Их характеризует высокая специфичность и сродство к Н1-рецепторам гистамина, а также низкая способность к проникновению через гематоэнцефалический барьер; другими словами, эти препараты лишены большинства недостатков, характерных для ранних АГ- средств. Их характеризует быстрое начало и длительное (24 ч) действие, отсутствие либо минимальный седативный эффект; к ним не развивается привыкание (тахифилаксия), поэтому возможен длительный прием одного препарата без снижения его клинической эффективности.

Разработаны топические Н1-блокаторы в форме назального спрея и глазных капель. Топические антигистаминные препараты характеризуются быстрым началом действия и минимальными нежелательными эффектами.

Современные топические глюкокортикостероиды (ТГКС) для интраназального введения являются высокоэффективными средствами лечения АР. Они обладают выраженным противовоспалительным действием и оказывают влияние как на раннюю, так и на позднюю фазы аллергического воспаления. Проведенные исследования показали, что ТГКС по эффективности превосходят АГ-препараты и оказывают более выраженный терапевтический эффект в отношении всех симптомов АР. Следует особо подчеркнуть, что назальные ГКС наиболее действенны у больных с затруднением носового дыхания и нарушением обоняния [2, 14, 18].

Интересные данные были получены в ходе исследования, проведенного в странах Западной Европы. Оценивалась эффективность двух терапевтических подходов к лечению САР.

Больные первой группы (224 пациента) получали лечение в соответствии с рекомендациями Международного консенсуса по АР, больным второй группы (241 человек) терапия назначалась по усмотрению врача. В результате в первой группе лечение оказалось более эффективным. Более выраженное облегчение всех симптомов АР и улучшение качества жизни были связаны с высокой частотой назначения топических ГКС у больных со среднетяжелым и тяжелым течением болезни — 84%. Во второй группе лечение АР, в соответствии с Международным консенсусом, было назначено только 20% больным. У наибольшего числа больных применялись АГ-препараты второй генерации, вне зависимости от тяжести симптомов. Топические ГКС назначались изолированно или в комбинации с другими препаратами только в 32% случаях [7].

Таким образом, исследование подтвердило высокую клиническую эффективность рекомендаций по лечению АР и еще раз продемонстрировало, что топические глюкокортикостероиды являются препаратами первого выбора у больных АР средней и высокой степени тяжести.

Препараты кромогликата натрия относятся к средствам, обладающим низкой противовоспалительной активностью. Наиболее широкое применение они нашли в педиатрии — в связи с высокой степенью безопасности.

Топические сосудосуживающие препараты (деконгестанты) быстро и эффективно восстанавливают носовое дыхание при АР, не оказывая положительного влияния на патогенетические механизмы болезни. В связи с быстрым облегчением носового дыхания деконгестанты очень удобны для больных, однако их прием быстро приводит к развитию тахифилаксии, больным постоянно требуется все большая доза лекарства для достижения эффекта. Назначение деконгестантов возможно при выраженной заложенности носа в течение очень короткого промежутка времени. Длительное, более 7—10 дней, лечение сосудосуживающими препаратами только усугубляет отек слизистой носа, приводит к развитию медикаментозного ринита.

Основной задачей лекарственной терапии АР является достижение полного (оптимального) контроля над симптомами заболевания. Исходя из этого, лечение строится с учетом тяжести и частоты возникновения симптомов ринита.

Течение АР определяется как легкое в тех случаях, когда симптомы АР не влияют на сон и дневную активность больного, а также на профессиональную деятельность и учебу.

При среднетяжелой форме заболевания нарушаются сон и повседневная активность больного, ухудшается качество жизни.

Тяжелая форма АР подразумевает наличие у больного мучительных симптомов, которые не дают возможности нормально спать, работать, заниматься спортом, отдыхать.

Тактика ведения больных с интермиттирующим и персистирующим АР представлена на рисунках 1 и 2.



**Рисунок 1. Лечение персистирующего (преимущественно круглогодичного) аллергического ринита**

<b>1 степень АР легкого течения</b>	<b>2 степень АР средней тяжести</b>	<b>3 степень Тяжелый АР</b>
Топические или таблетированные антигистаминные препараты или назальные кромоны	Назальные кортикостероиды	Назальные кортикостероиды + таблетированные или топические антигистаминные препараты
<b>Уменьшение контакта с причинно-значимыми аллергенами</b>		

**Рисунок 2. Лечение итермиттирующего (преимущественно сезонного) аллергического ринита**

После проведения мероприятий, направленных на уменьшение контакта с аллергенами и достижения клинического эффекта в результате рациональной фармакотерапии, необходимо рассмотреть возможность проведения больным аллерген-специфической иммунотерапии.

## Аллерген-специфическая иммунотерапия

Особое место в лечении больных АР занимает аллерген-специфическая иммунотерапия (АСИТ). Она представляет собой введение в возрастающих дозах в организм больного того аллергена, к которому у больного имеется повышенная чувствительность. Этот метод впервые применили Нун и Фриман в 1911 г. для лечения поллиноза. Учеными было показано, что в результате инъекции больному поллинозом экстракта пыльцы трав до сезона цветения растений было отмечено ослабление или полное исчезновение симптомов болезни в период цветения растений. В настоящее время многочисленные исследования подтверждают достоверность этих первых опытов [10, 15, 19].

АСИТ — это высокоэффективный и единственный из существующих методов лечения аллергических заболеваний, влияющих на характер реакции организма на аллерген. Под воздействием лечения происходит изменение соотношения Т-клеток в сторону активации Th-1 и угнетения Th-2, подавление продукции IL-4 и в конечном итоге — синтеза IgE.

В результате АСИТ существенно уменьшаются клинические симптомы АР, снижается потребность в медикаментах, наступает длительная ремиссия заболевания. Важным преимуществом АСИТ является профилактический эффект — своевременно начатое и последовательно проводимое лечение предупреждает формирование бронхиальной астмы [16, 20, 22, 24].

АСИТ проводится несколькими методами: парентеральным, сублингвальным, интраназальным. Вопрос о возможности назначения АСИТ, способе введения аллергена и схеме терапии в каждом конкретном случае решает врач аллерголог. Лечение обычно бывает длительным — от трех до пяти лет — и проводится только в специализированных аллергологических кабинетах, а также аллергологических отделениях стационаров.

## Литература

1. Балаболкин И. И. Распространенность, диагностика и лечение поллинозов у детей // Аллергология. - 1998. - № 2. - С. 41-46.
2. Гущин И. С. Аллергическое воспаление и его фармакологический контроль. - М., 1998. - 250 с.
3. Зисельсон А. Д. Поллиноз у детей. - Л.: Медицина, 1989. - 160 с.
4. Ильина Н. И. Эпидемиология аллергического ринита // Рос. ринол. - 1999. - №1. - С. 23-24.
5. Отчет о Международном консенсусе по диагностике и лечению ринита // Российская ринология. - 1996. - №4.
6. Хаитов Р. М., Лусс Л. В., Арипова И. В., Лысикова И. В., Ильина Н. И. Распространенность симптомов бронхиальной астмы, аллергического ринита и алергодерматозов у детей по критериям ISAAC // Аллергия, астма и клиническая иммунология. - 1998. - №9. - С. 58-69.
7. Bousquet J., Lund V.J., P. van Cauwenberge, C. Bremard-Qury, N. Mounedji, M.T. Stevens, ui T. El-Akkad. Implementation of guidelines for seasonal allergic rhinitis: a randomised controlled trial. Allergy 2003; 58: 733-741
8. Bousquet J, Van Cauwenberge P, Khaltaev N. Allergi. rhinitis and its impact on asthma. ARIA workshop report J. Allergy Clin. Immunol 2001; 108: S147-S334
9. Durham S.R. The inflammatory nature of allergic diseases // Clin. and Exp. Allergy. - 1998. - Vol. 28, Suppl.6, p. 20-24
10. Durham S.R., Varga E.M. Allergen avoidance and immunotherapy. Rhinitis mechanisms and management. // IAACI-1998.
11. ICR of the diagnosis and management of rhinitis. // European J. of All. and Clin. Immun. - 1994. - №19. - v.49.

12. Internathional Conference on Allergic Rhinitis in Childhood. \Allergy Suppl.55.- V 54.- 1999.-p.11.
13. Gregory C, Cifaldi M, Tanner LA. Targeted intervention programs: creating a customized practice model to improve the treatment of allergic rhinitis in a managed care population/ Am J Manag Care 1999;5:485-496,
14. Mygind N. Glucocorticosteroids and rhinitis.\ Allergy.- 1993.- 48. - P.476-490
15. R.J.J.van Neerven. The role of allergen-specific T-cell in the allergic immune response: relevance to allergy vaccination. \Allergy.- 1999.-V54.- № 2.-p. 553-554
16. Schafer T., Ring J.. Epidemiology of allergic diseases.-Allergy.-V.52.-1997.-p.15.
17. The International Study of Asthma and Allergies in Childhood (ISAAC) Steering Committee. World-wide variation in prevalence of symptoms of asthma, allergic rhinoconjunctivitis, and atopic eczma. ISAAC. \Lancet.- 1998; 351:1225-32.
18. Werner JM, Abramson MJ, Puy RM. Intranasal corticosteroids versus oral H1 receptor antagonists in allergic rhinitis: systematic review of runderomised controlled trials. BMJ 1998;317:1624-1629).
19. WHO Position Paper. Allergen immunotherapy: therapeutic vaccines for allergic diseases. \Allergy .-№ 44.- Vol.53.- 1998.

**И. В. Сидоренко**, доктор медицинских наук  
ММА им. И. М. Сеченова, Москва

---

**Журнал "Лечащий Врач", #08, 2003 год // Издательство "Открытые системы" (<http://www.osp.ru/>)**

Постоянный адрес статьи: <http://www.osp.ru/doctore/2003/08/034.htm>