

Аллергический ринит: по материалам программы ARIA

И.А. Баранова

Аллергический ринит (АР) – это хроническое заболевание, вызываемое аллергенами и характеризующееся IgE-опосредованным воспалением слизистой оболочки носа. Симптомы АР включают ринорею, затруднение носового дыхания, зуд в носу, чихание. Эти симптомы обратимы и проходят самостоятельно или под влиянием лечения.

Заболеваемость АР постоянно растет. В настоящее время им страдает, по крайней мере, 10–25% населения мира. Это заболевание приводит к снижению работоспособности, качества жизни, становится причиной пропусков работы и учебных занятий. Стоимость лечения АР достаточно высока. АР часто сочетается с синуситом, конъюнктивитом, бронхиальной астмой (БА) и служит фактором риска БА. Все это дает основание считать АР серьезным хроническим заболеванием.

Проблемы классификации и рационального лечения АР интенсивно пересматриваются в последние годы. В 2001 г. опубликована программа “Allergic Rhinitis and its Impact on Asthma (ARIA)”, разработанная в сотрудничестве со Всемирной организацией здравоохранения. Она построена на принципах доказательной медицины и включает в себя рекомендации по лечению пациентов с сопутствующими заболеваниями, особенно БА – в рамках концепции “единая дыхательная система, единое заболевание”.

Классификация

Ранее использовавшееся деление АР на сезонный, круглогодичный и профессиональный не может считаться

Ирина Александровна Баранова – канд. мед. наук, доцент кафедры факультетской терапии педиатрического факультета РГМУ.

удовлетворительным. Классификация ARIA (рис. 1) учитывает симптомы и показатели качества жизни, на основании их длительности выделяет интермиттирующий и персистирующий АР, а в зависимости от их выраженности разделяет АР на легкий и среднетяжелый/тяжелый.

Триггеры АР

Аллергены. Увеличение распространенности АР, БА и других аллергических заболеваний частично объясняется увеличением экспозиции домашних аллергенов. К ним относятся клещи домашней пыли, слюна и эпидермис домашних животных, насекомые и аллергены растительного происхождения. Наиболее распространенными аллергенами вне жилища являются пыльца растений и плесневые грибы.

Профессиональный ринит описан хуже, чем профессиональная БА. Все более актуальной при АР, особенно среди медицинских работников, становится латексная аллергия.

Поллютанты. В эпидемиологических исследованиях доказано, что поллютанты ухудшают течение АР. Жители промышленных стран проводят

более 80% времени в закрытых помещениях, загрязненных домашними аллергенами и газообразными поллютантами (прежде всего – сигаретным дымом). Воздух городов загрязнен автомобильными выбросами, содержащими такие поллютанты, как озон, оксиды азота и двуокись серы. Они могут ухудшать течение как аллергического, так и неаллергического ринита. Продукты сгорания дизельного топлива могут усиливать синтез иммуноглобулинов класса E (IgE) и аллергическое воспаление.

Аспирин и другие нестероидные противовоспалительные препараты часто индуцируют ринит и БА.

Клиническая картина и диагностика

Анамнез служит ключом для постановки диагноза АР, оценки его тяжести и эффективности проводимого лечения.

Осмотр носовой полости может быть рекомендован при интермиттирующем АР и необходим при персистирующем течении заболевания. Передняя риноскопия с использованием расширителя носовой полости и зер-

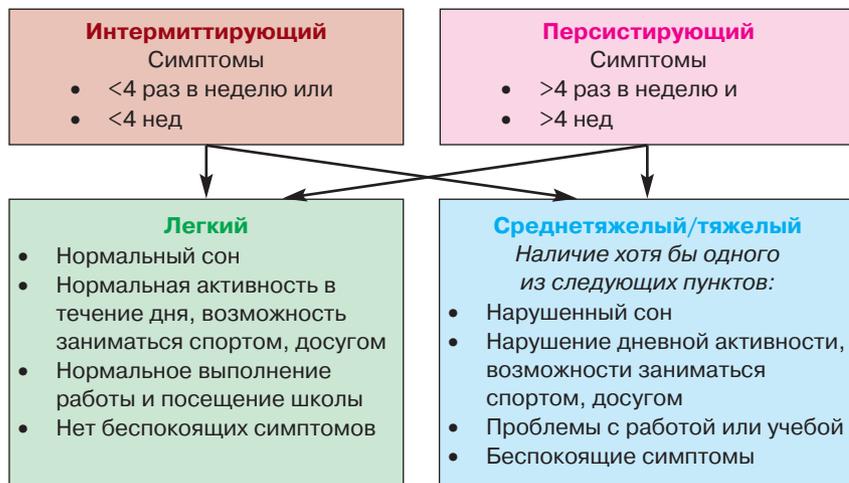


Рис. 1. Классификация АР.

кала малоинформативна. Более значима эндоскопия носа, которую проводит специалист.

Диагностика АР включает:

1. Типичный анамнез аллергии и симптомов ринита (выделения из носа, заложенность носа, чихание/зуд – хотя бы два симптома проявляются более 1 ч на протяжении большинства дней заболевания), характерных для “чихальщиков и сморкальщиков” (табл. 1). Этот фенотип более свойствен для АР, хотя и не обязательно имеет аллергическую природу.

2. Диагностические тесты:

- определение свободного или связанного клетками IgE in vivo и in vitro;
- кожные аллергопробы (при правильном проведении обученным персоналом обычно позволяют подтвердить гиперчувствительность к определенным аллергенам);
- определение аллерген-специфических IgE в сыворотке (по диагностической значимости сравнимо с постановкой кожных проб);
- назальные провокационные тесты с аллергенами (используются в исследовательских целях и в меньшей степени – в клинической практике, они могут быть особенно полезны для диагностики профессионального ринита);
- рентгенологическое исследование в большинстве случаев не показано.

Лечение

Лечение АР включает 4 основных компонента: исключение контакта с аллергенами, медикаментозную терапию, специфическую иммунотерапию (СИТ) и обучение пациентов.

В программе ARIA в соответствии с принципами доказательной медицины рекомендации по лечению АР (табл. 2) подразделяются по своей силе: А – рекомендации основаны на данных рандомизированных контролируемых исследований (РКИ) или метаанализе, D – рекомендации основаны только на клиническом опыте экспертов. Формы АР (сезонный и круглогодичный) использовались в РКИ в соответствии с прежней классификацией.

Таблица 1. Клиническая оценка и классификация ринита*

Симптомы	“Чихальщики и сморкальщики”	“Сопельщики”
Чихание	Приступообразное	Незначительное или отсутствует
Выделения из носа	Водянистые	Густые (преимущественно затык в носоглотку)
Зуд в носу	Имеется	Отсутствует
Заложенность носа	Непостоянная	Часто тяжелая
Суточный ритм симптомов	Ухудшение днем, улучшение ночью	Без изменений днем и ночью, возможно ухудшение ночью
Конъюнктивит	Часто	Отсутствует

* По Lund V.J. et al. // Allergy. 1994. V. 49. Suppl. 19. P. 1.

Таблица 2. Рекомендации по лечению АР, основанные на принципах доказательной медицины

Вмешательство	Сезонный АР		Круглогодичный АР	
	взрослые	дети	взрослые	дети
Пероральные H ₁ -блокаторы	A	A	A	A
Интраназальные H ₁ -блокаторы	A	A	A	A
Интраназальные глюкокортикостероиды	A	A	A	A
Интраназальные кромоны	A	A	A	
Антагонисты лейкотриенов	A			
Подкожная СИТ	A	A	A	A
Сублингвальная СИТ*	A	A	A	
Интраназальная СИТ*	A	A	A	
Устранение контакта с аллергеном	D	D	D	D

* Рекомендуются только режимы с высокими дозами.

Исключение контакта с аллергенами

Эффективность этой меры оценена в основном у больных БА, а данные по АР немногочисленны, что требует проведения дополнительных исследований. Исключение контакта с аллергенами может быть недостаточным для контроля симптомов АР или БА, однако является неотъемлемой частью терапевтических мероприятий.

Наибольшую трудность представляет **борьба с клещами домашней пыли** – одним из основных источников высокоактивных аллергенов. Меры, уменьшающие содержание клещей и их аллергенов, хорошо известны. Рекомендуется избавиться от ковров и плотных занавесок, применять современные пылесосы и очистители воздуха, использовать гипоаллергенные постельные принадлежности, специальные чехлы. Для уничтожения клещей домашней пыли в жилых помещениях используют различные препараты химического и естественного происхождения.

В России в 2004 г. зарегистрирован акарицидный препарат **Милбиол**, предназначенный для противоклещевой обработки матрасов, мебели, мягких игрушек, ковров и т.п. в жилых помещениях. Препарат содержит азадирахтин – вещество растительного происхождения, выпускается в виде спрея во флаконе с распылителем. Милбиол обладает высокой эффективностью против клещей домашней пыли и безопасен для людей и домашних животных.

Медикаментозная терапия

Препараты для лечения АР обычно назначают перорально или интраназально. После отмены препаратов их действие прекращается, поэтому при персистирующем течении заболевания требуется поддерживающее лечение. При длительной терапии тахифилаксия, как правило, не наступает.

Антигистаминные препараты (H₁-блокаторы). Пероральные H₁-блокаторы оказывают быстрый (менее 1 ч) эффект на симптомы со стороны носа и глаз. Они мало влияют на заложен-

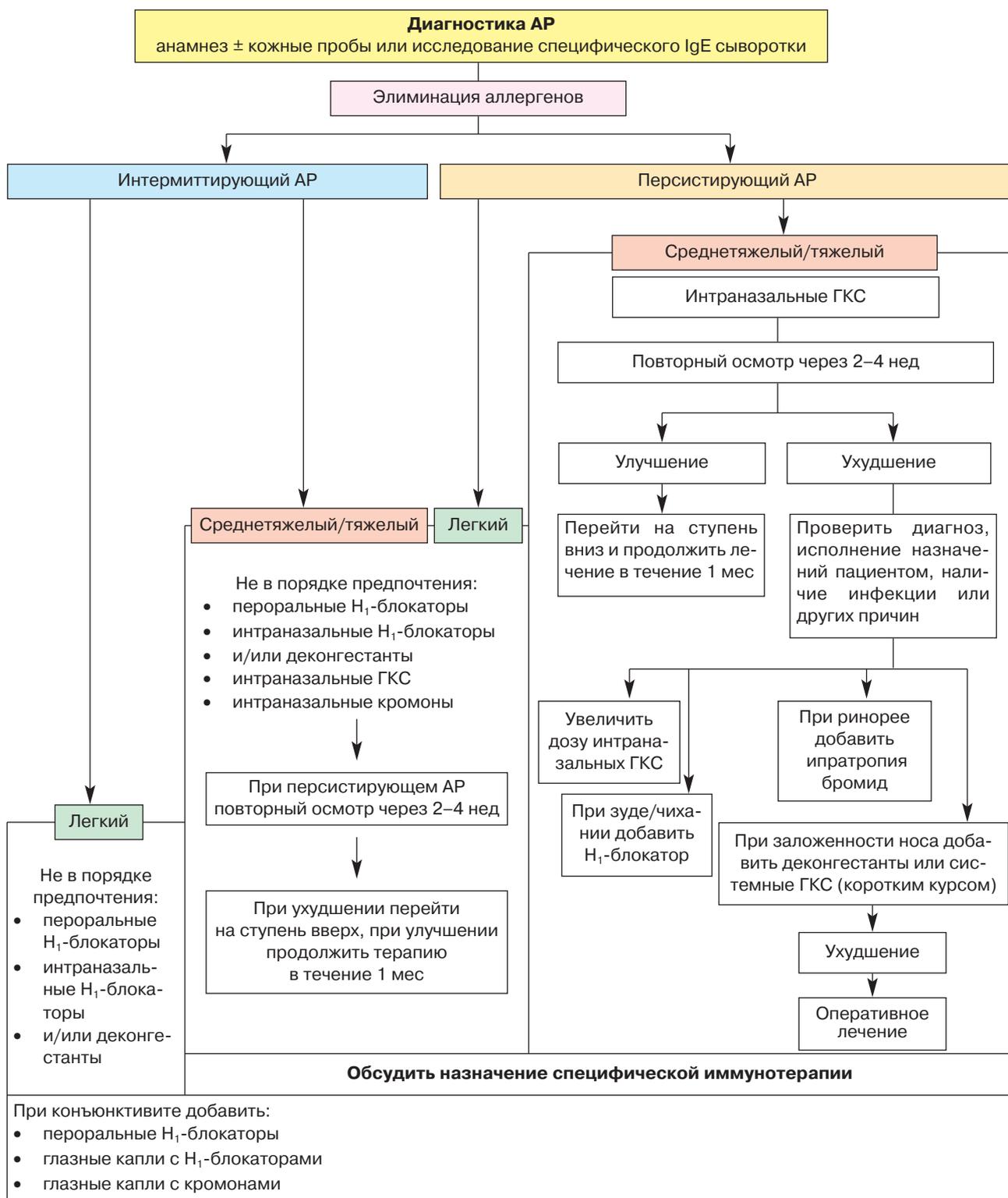


Рис. 2. Ступенчатый подход к терапии АР у взрослых и детей.

ность носа. Предпочтительнее препараты нового поколения, обладающие благоприятным соотношением эффективности/безопасность и удобными фармакокинетическими характеристиками (прием 1 раз в сутки). Следует

избегать кардиотоксичных препаратов (астемизол, терфенадин). Среди H₁-блокаторов II поколения хорошо зарекомендовали себя в России препараты лоратадина (например, Лорагексал).

Местные H₁-блокаторы (интраназальные и глазные капли) оказывают быстрый (менее 30 мин) эффект на назальные и глазные симптомы.

Глюкокортикостероиды (ГКС). Интраназальные ГКС являются наиболее

эффективными лекарственными средствами для лечения АР, помогают при заложенности носа и нарушении обоняния. Действие начинается через 6–12 ч и достигает максимума через несколько дней. Безопасность интраназальных ГКС убедительно доказана. Проблемой является суммация побочных эффектов при одновременном назначении интраназальных и ингаляционных ГКС у больных с сочетанием АР и БА. У детей некоторые препараты могут оказывать влияние на линейный рост. Показано, что рекомендуемые интраназальные дозы мометазона и флутиказона не влияют на рост у детей с АР.

Пероральные и внутримышечные ГКС не рекомендуют из-за вероятности побочных эффектов, но при тяжелых симптомах АР может быть назначен короткий курс пероральных ГКС.

Кромоны. Топические формы кромонов высоко безопасны. Наиболее эффективны глазные капли. Интраназальные кромоны оказывают не столь выраженный и менее длительный эффект. Однако кромогликат натрия часто используют для лечения аллергического риноконъюнктивита у детей, учитывая его высокую безопасность. На отечественном рынке представлены различные топические формы кро-

монов, в том числе Кромогексал (кромогликат натрия) – в виде глазных капель и интраназального спрея.

Деконгестанты. Пероральные деконгестанты не следует назначать при заболеваниях сердца и сосудов. Комбинация деконгестантов с H_1 -блокаторами более эффективна, чем каждый из компонентов в отдельности, однако при этом возможна суммация побочных эффектов. Интраназальные деконгестанты действуют быстрее и более эффективны, чем пероральные. Эти препараты можно применять не более 10 дней из-за риска развития медикаментозного ринита.

Интраназальные антихолинэргические средства особенно эффективны у больных с ринореей при аллергическом и неаллергическом рините.

Антагонисты лейкотриенов являются перспективными препаратами как в монотерапии, так и в комбинации с H_1 -блокаторами, однако требуют дальнейшего изучения.

СИТ

СИТ должна проводиться специалистом. Показаниями к **подкожной СИТ** являются: недостаточная эффективность обычной фармакотерапии (пероральных H_1 -блокаторов и интраназальных средств), отказ больного от

фармакотерапии или ее нежелательные эффекты. СИТ способна изменять естественное течение аллергических заболеваний. Условием ее эффективности и безопасности служит использование оптимальных доз вакцин, выраженных в биологических единицах или микрограммах основных аллергенов. Пациентов следует наблюдать в течение 20 мин после инъекции.

Интраназальная и сублингвальная СИТ высокими дозами аллергенов могут использоваться при побочных эффектах подкожной СИТ или при отказе пациента от ее проведения. Применяются дозы в 50–100 раз выше, чем при подкожной СИТ.

Оперативное лечение может использоваться как дополнительная мера только у некоторых больных по особым показаниям.

В программе ARIA предложена стратегия эффективного и безопасного лечения АР. Приведена **схема ступенчатого подхода к терапии АР** у взрослых и детей в зависимости от его формы и тяжести (рис. 2), которая с учетом доступности и стоимости методов лечения может быть применена у каждого пациента.

Более подробно с англоязычным текстом программы ARIA можно ознакомиться в Интернете (www.whiar.com).

Книги издательства “АТМОСФЕРА”



Терновой С.К., Синицын В.Е., Гагарина Н.В. Неинвазивная диагностика атеросклероза и кальциноза коронарных артерий

Монография посвящена новым методам неинвазивной диагностики коронарного атеросклероза – электронно-лучевой и мультиспиральной компьютерной томографии. Рассматриваются вопросы патоморфологии кальциноза атеросклеротических бляшек, значимость коронарного кальциноза при ишемической болезни сердца и ряде других заболеваний. Дается обзор инструментальных методов выявления коронарного кальциноза. Подробно рассматривается опыт использования электронно-лучевой и мультиспиральной компьютерной томографии для скрининга атеросклероза в популяции, прогнозирования течения ишемической болезни сердца и оценки эффектов медикаментозных и оперативных вмешательств. Даются рекомендации по оценке результатов скрининга коронарного кальциноза с помощью томографических методов. Рассматриваются вопросы сочетанного применения скрининга кальциноза и неинвазивной коронарной ангиографии с помощью современных методик компьютерной томографии. 144 с., ил.

Для рентгенологов, специалистов по лучевой диагностике, кардиологов и специалистов по функциональной диагностике.

Всю дополнительную информацию можно получить на сайте www.atmosphere-ph.ru