



# Дифференціальна діагностика і питання раціональної терапії алергічного риніта

**На XII Съезде оториноларингологов Украины, состоявшемся 18-20 мая в г. Львове, обсуждалось множество актуальных вопросов – от особенностей оказания ЛОР-помощи пострадавшим в зоне АТО до новых подходов к терапии заболеваний, составляющих основу ежедневной практики профильных специалистов. И конечно, среди последних невозможно было обойти вниманием вопрос аллергического ринита (АР), тем более что май традиционно ассоциируется с увеличением частоты данного состояния.**



Согласно современному определению ARIA (Allergic Rhinitis and its Impact on Asthma), ринит – это воспаление слизистой оболочки носа, сопровождающееся ринореей, чиханием, затруднением носового дыхания, зудом в носу. При этом указанные симптомы возникают не менее 2 дней подряд и длятся в среднем более 1 ч в течение суток.

Профессор кафедры фтизиатрии и пульмонологии Национальной медицинской академии последипломного образования им. П.Л. Шупика (г. Киев), доктор медицинских наук Сергей Викторович Зайков акцентировал внимание на особенностях современной классификации АР (Американская ассоциация отоларингологов, 2014), согласно которой выделяют сезонный, круглогодичный и эпизодический АР. В соответствии с ARIA АР классифицируют как интермиттирующий (симптомы заболевания возникают менее 4 дней в неделю или не более 4 нед в году) и персистирующий (проявления сохраняются более 4 дней в неделю и свыше 4 нед в году), каждый из которых бывает по течению легким и среднетяжелым/тяжелым.

Среди методов диагностики АР на сегодня наиболее значимыми являются:

- сбор анамнеза с целью оценки условий окружающей среды, выявления сопутствующей патологии и наследственной предрасположенности;
- физикальный осмотр, позволяющий выявить коморбидные состояния (бронхиальную астму (БА), дерматит, синусит, отит, синдром обструктивного апноэ сна и др.);
- определение уровня аллергенспецифических IgE с целью достоверного разграничения аллергической и других форм ринита;
- исследование функции внешнего дыхания для установления наличия/отсутствия сопутствующей БА.

К дополнительным методам относят цитологическое исследование мазков-отпечатков и смывов из носовой полости, эндоскопию носа, определение порогов обоняния и показателей мукоцилиарного клиренса, методы визуализации полости и придаточных пазух носа, бактериологическое исследование назального содержимого и др.

Как известно, наиболее частыми симптомами АР являются заложенность носа, приступы чихания, зуд, ринорея, слезотечение. Основной задачей врача, устанавливающего диагноз, является дифференциальная диагностика АР и неаллергического ринита (НеАР). Установлено, что у пациентов с НеАР

реже отмечаются и менее выражены глазные симптомы, отсутствуют признаки системной аллергопатологии, сопутствующих атопических заболеваний, указания на семейную атопию в анамнезе. Кроме того, пациенты с НеАР не реагируют на терапию антигистаминными препаратами (АГП). Пациенты с АР демонстрируют положительные результаты кожного тестирования, провокационных проб с причинно-значимыми аллергенами, а также положительно реагируют на проведение аллергенспецифической иммунотерапии (АСИТ).

Относительно новым понятием в ринологии и аллергологии является НеАР с эозинофильным синдромом (НеАРЭС). Этиология заболевания до конца не изучена. Оно характеризуется наличием выраженной назальной эозинофилии и негативными результатами тестов на АР; алергоанамнез не отягощен. Симптомы заболевания имеют персистирующий характер, зуд и чихание выражены слабо, наблюдается склонность к образованию назальных полипов. При этом терапия АГП не приносит ожидаемого результата, тогда как эффективность топических кортикостероидов (ТКС) оказывается достаточно высокой. В последние годы все чаще высказывается предположение, что НеАРЭС является начальным этапом развития гиперчувствительности к аспирину. Интересным для клиницистов также представляется так называемый идиопатический ринит, характеризующийся гиперреактивностью верхних дыхательных путей к неспецифическим факторам окружающей среды (колебаниям температуры воздуха и влажности, табачному дыму, резким запахам). Симптомы связывают с воспалительными изменениями слизистой оболочки полости носа (у небольшой части пациентов), увеличением роли С-волокон, а также нарушением симпатической и парасимпатической регуляции физиологии носового дыхания.

Таким образом, диагностика АР не так проста, требует вдумчивого и систематизированного подхода. В рекомендациях ARIA предлагается поэтапный подход

к диагностике АР. На 1-м этапе проводят анкетирование пациентов, на 2-м – больных с предварительным диагнозом АР подвергают тщательному физикальному обследованию, проводят пробную терапию АГП или ТКС, кожное аллергическое тестирование или определение аллергенспецифического IgE в сыворотке крови. На 3-м этапе в случае очевидности диагноза АР определяют форму и степень тяжести заболевания, на 4-м – осуществляют назначение рациональной терапии.

Основная задача лечения АР – адекватный контроль симптомов заболевания. В соответствии с последними рекомендациями Американской ассоциации отоларингологов (2014) лечение АР включает:

- обучение пациентов;
- элиминацию причинно-значимых аллергенов и других триггерных факторов;
- фармакотерапию;
- АСИТ.

Анализируя подходы к фармакотерапии АР, следует отметить, что к препаратам первой линии относят только ТКС и неседативные АГП для перорального использования, при этом среди последних преимущество отдают цетиризину и левоцетиризину. Также при достаточной эффективности может быть рекомендовано применение топических АГП. Блокаторы лейкотриеновых рецепторов к препаратам первой линии не относятся, они могут использоваться в случае неэффективности основных групп лекарственных средств, а также при сочетании АР и БА. Следует отметить, что комбинированная фармакотерапия назначается преимущественно в случае неадекватного ответа на монотерапию. Также в согласительном документе отмечаются положительные результаты при проведении подкожной и сублингвальной АСИТ, что свидетельствует о рациональности включения метода в комплексное лечение АР. Строго по показаниям эффективно хирургическое лечение, в редких случаях положительное влияние оказывает акупунктура; авторы руководства

настоятельно рекомендуют не использовать методы фитотерапии.

Важной задачей врача является выбор оптимального препарата. В частности, при подборе необходимого АГП для терапии АР следует обращать внимание на селективность средства к H<sub>1</sub>-рецепторам. Цетиризин имеет высокий уровень избирательности к этим рецепторам, что позволяет рассматривать его как препарат выбора при стартовой терапии АР. Он характеризуется низким уровнем распределения в тканях организма, что позволяет избежать накопления препарата в жизненно важных органах, локализовать лечебный эффект в местах наибольшего скопления H<sub>1</sub>-рецепторов (внеклеточные структуры) и на поверхности тучных клеток (L. Zhang, 2013). Кроме селективной блокады H<sub>1</sub>-рецепторов, цетиризин подавляет высвобождение эйкозаноидов из макрофагов, снижает экспрессию молекул адгезии, уменьшает клеточную инфильтрацию при аллергической реакции, замедляет продукцию простагландинов и лейкотриенов. Также отмечено торможение выделения медиаторов системного аллергического воспаления, включая провоспалительные цитокины и хемокины. Снижение уровня лейкотриенов на фоне приема цетиризина обусловлено уменьшением перемещения лейкотриенпродуцирующих клеток к месту иммунного ответа, а также блокадой высвобождения лейкотриена C<sub>4</sub> из тучных клеток. Все вышеперечисленное позволяет цетиризину наряду с противоаллергическим действием реализовать также мощный противовоспалительный эффект.

На украинском фармацевтическом рынке представлен Цетрин® – цетиризин производства компании Dr. Reddy's (Индия). Препарат имеет собственную обширную доказательную базу, обладает подтвержденной биоэквивалентностью оригинальному цетиризину (Orange Book: Approved Drug Products with Therapeutic Equivalence Evaluations), отличается высоким качеством.

Цетрин® выпускается в форме таблеток по 10 мг № 20 или № 30 по 10 таблеток в блистере. Препарат применяется внутрь независимо от приема пищи. Цетрин® показан взрослым и детям с 6 лет по 10 мг однократно или по 5 мг в 2 приема.

По-настоящему сложно переоценить важность правильно установленного диагноза, особенно в случае такого заболевания, как АР, способного значительно снижать качество жизни пациента, длительно ограничивать трудоспособность, представлять определенные сложности в купировании симптомов.

Но хотя точный диагноз – ключ к успеху, необходимость адекватной терапии еще никто не отменял. В случае с АР стартовая терапия современными неседативными АГП с хорошо изученным механизмом действия позволяет достичь контроля симптомов, избежать полипрагмазии и необоснованных финансовых затрат.

Подготовила **Александра Меркулова**

**ЦЕТРИН® ШВИДКА ДОПОМОГА ПРИ АЛЕРГІЇ. БУДЬ-ДЕ, БУДЬ-КОЛИ.**

Цетрин® (цетиризин) (дрозолорид), таб. 10 мг №20 та №30. Виробник «Др. Редді»'с Лабора́торіс Ліміте́д, Індіа. Ід. № РС/ІА/6789/02/01 від 01.02.13 №77. Реклама лікарського засобу призначена для розповсюдження в спеціалізованих відділеннях, призначена для медичних закладів та лікарів, а також для розповсюдження на семінарах, конференціях та симпозиумах з медичної тематики. Перед призначенням ознайомтеся з інструкцією до медичного застосування. Цетрин® протипоказаний для дітей до 6 років. Випускається без рецепта. За додатковою інформацією звертайтеся за адресою 03131, м. Київ, Солом'янський район, 103, оф. 11-Б, Представництво «Др. Редді»'с Лабора́торіс Ліміте́д. Тел.: +380442075197. ІФД: 18/12/2014-018.