



Особенности ведения больных аллергическим ринитом в сочетании с ОРВИ

М.М. Васильева, В.В. Сулима

Краевой центр аллергологии и клинической иммунологии КГБУЗ ККБ № 1, КГБОУ ДПО Институт повышения квалификации специалистов здравоохранения министерства здравоохранения Хабаровского края, г. Хабаровск

Features of patients with allergic rhinitis in conjunction with ARVI

M.M. Vasilieva, V.V. Sulima

The urgency of the problem of allergic rhinitis (AR) is caused by the degree of prevalence of the disease in the world, medical and social significance, impact on health and quality of life of patients. It is recognized that the AR has contributed greatly to the high incidence of ARVI in children, due to a number of factors, and therefore, understandable interest of practitioners to the problem of rational therapy of ARVI and its complications in children with AR. However, few publications devoted to the high incidence of ARVI in patients with AR in adults and especially its treatment. In retrospect, there were analyzed 500 cases reports of patients who applied to the Regional Center of Allergy and Clinical Immunology during the period from 2012 to 2014. It was found that 120 patients (24%) suffered from allergic rhinitis. 55 of them (46%) took treatment for the frequent acute respiratory viral infections (from 6 up to 12 times a year) and recurrent herpes, but not for allergic rhinitis itself. Pays attention on itself under-diagnosis AR among adults. It is rotined that treatment of patients AR has the substantial failings. Conclusions are done about the necessity of development of methodical recommendations with the ground of application concrete original AGP of 2th generation, taking into account their anti-inflammatory and antiallergic activity, and similarly durations of application in complex therapy of ARVI for patients with a rhinallergosis.

Актуальность проблемы аллергического ринита (АР) обусловлена степенью распространенности заболевания в мире, медико-социальной значимостью, влиянием на здоровье и качество жизни пациентов.

АР является одним из самых распространенных аллергических заболеваний, показатели рас-

пространенности заболевания в различных странах мира достигают 35%. Однако в РФ отмечается явная гиподиагностика АР [1]. Официальные данные его распространенности, как правило, базируются на показателях обращаемости населения за медицинской помощью. К росту числа тяжелых неконтролируемых форм АР приводит гиподиагностика и неадекватное лечение: лишь в 8% случаев диагноз АР ставится в течение 1 года после появления начальных симптомов заболевания, и только 16–20% пациентов в дальнейшем получают надлежащее врачебное наблюдение и рациональную терапию (Астафьева Н.Г., Удовиченко Е.Н., 2005; Ильина Н.И., Коровкина Е.С., Курбачёва О.М., 2006).

Распространенность аллергического ринита среди взрослого населения Хабаровского края составляет 24,4%, в том числе сезонный аллергический ринит выявлен в 13,6% случаев, круглогодичный аллергический ринит – в 10,8% случаев. (Сулима В.В., Васильева М.М., 2009).

Общепризнанно, что АР в значительной мере способствует высокой заболеваемости ОРВИ у детей. Это обусловлено целым рядом факторов, прежде всего снижением барьерной функции слизистой оболочки верхних дыхательных путей, что облегчает проникновение вирусов в организм. Воздействие факторов, загрязняющих воздух (продуктов горения, выхлопных газов, формальдегида из синтетических покрытий, промышленных окислов углерода и азота, табачного дыма), способствует как более тяжелому течению аллергического ринита, так и росту числа случаев заболевания ОРВИ [2, 3].

Усилению воспаления аллергического генеза при АР способствует постоянный уровень минимального воспаления, которое характеризуется инфильтрацией тканей воспалительными клетками (эозинофилы, нейтрофилы), а также активацией межклеточных молекул адгезии (ICAM-1),



являющихся рецептором для 90% риновирусов, использующих межклеточные молекулы адгезии для проникновения в эпителиальные клетки макроорганизма (в том числе аденовирусы, вирусы гриппа и др.). Минимальное персистирующее воспаление у лиц с аллергопатологией может не иметь клинических проявлений, но может усиливаться при контакте с причинно-значимыми факторами, например вирусами, и проявляться в виде выраженных клинических симптомов [4].

Понятен интерес практических врачей к проблеме рациональной терапии ОРВИ и их осложнений у детей, страдающих АР. Однако мало публикаций, посвященных высокой заболеваемости ОРВИ у больных АР среди взрослых.

Цель: проанализировать частоту заболеваемости ОРВИ у взрослых больных аллергическим ринитом.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Ретроспективно, методом случайной выборки, проанализировано 500 амбулаторных карт пациентов, обратившихся в Краевой центр аллергологии и клинической иммунологии в период с 2012 по 2014 г. Установлено, что из 500 пациентов 120 человек (24%) – пациенты, страдающие аллергическим ринитом, из них 55 пациентов (46%) обращались на прием с жалобами, не связанными с обострением или лечением аллергического заболевания, а с основными жалобами на частые ОРВИ (более 6–12 раз в год) и рецидивирующие герпетические высыпания. Среди пациентов, страдающих частыми ОРВИ, у 20 больных (36%) диагноз АР был установлен впервые, а 64% пациентов имели в анамнезе АР. Соотношение женщин и мужчин 2:1. Средний возраст – 34,7 лет.

В группе пациентов с АР, как с установленным диагнозом, так и впервые выявленным АР, терапию, направленную на достижение оптимального контроля симптомов АР, пациенты не получали.

Больным, страдающим частыми ОРВИ и АР (n=20) было проведено аллергологическое обследование: сенсibilизация к бытовым аллергенам (*Der. farinae*, *Der. pteronissimus*, домашняя пыль, библиотечная пыль, шерсть кошки, шерсть собаки) выявлена у 18 пациентов (90%), сенсibilизация к группе пыльцевых аллергенов (микст пыльцы деревьев, микст пыльцы луговых трав, микст пыльцы сорных трав) выявлена у 11 пациентов (55%).

При исследовании иммунного статуса (CD3, CD4, CD8, CD20, CD16, иммуноглобулины класса А, М, G, фагоцитарная активность нейтрофилов) у больных с АР, и жалобами на частые простудные заболевания (n=20) достоверных изменений со стороны показателей клеточного и гуморального звеньев иммунитета не выявлено. Выявлено достоверное повышение уровня эозинофилов в крови в 85% случаев и повышение уровня лизосомально-катионных белков – в 85%. Уровень эозинофилии не превышал 8–12%.

Аллергический ринит – воспалительное заболевание, в основе которого лежит IgE-опосредованная аллергическая реакция, развивающаяся в слизистой оболочке носа в ответ на воздействие аллергенов окружающей среды. АР проявляется ринореей, чиханием, зудом в носу, нарушением носового дыхания, и зачастую обоняния (WHO ARIA, 2008). Основная задача лекарственной терапии АР – достижение оптимального контроля симптомов заболевания. Современные принципы лечения АР состоят из ступенчатой терапии, и на всех ступенях терапии применяются: элиминационные мероприятия (аллергены, раздражители), топические деконгестанты (не более 10 дней), оральные неседативные антигистаминные препараты, антилейкотриеновые препараты [5, 6].

Согласно рекомендациям Европейской ассоциации аллергологов и клинических иммунологов (ЕААСИ), антигистаминные препараты 2-го поколения являются препаратами первого выбора для лечения аллергических ринитов вследствие высокого показателя эффективности/безопасность, хороших фармакоэкономических показателей и способности облегчать назальные и неназальные симптомы. К критериям выбора антигистаминного препарата относятся: быстрота наступления клинического эффекта, эффективное воздействие на все симптомы в течение 24 часов (однократное применение), отсутствие взаимодействия с пищей и другими лекарственными препаратами, отсутствие побочных эффектов, отсутствие тахифилаксии.

Тем не менее ретроспективный анализ амбулаторных карт пациентов, направленных в краевой центр клинической иммунологии и аллергологии на консультативный прием по поводу АР, показал, что значительная часть (32,3% больных) до посещения врача-аллерголога лечились самостоятельно

но (по совету знакомых, родственников, фармацевтических работников, следуя рекламе), 15,0% пациентов целенаправленного лечения не получали, остальные 52,7% ранее наблюдались у терапевтов, оториноларингологов, офтальмологов.

«Типичная практика» фармакотерапии аллергического ринита складывается из стереотипного использования пациентами, в 47,3% случаев, и врачами, в 28,4% случаев, более известных и доступных по стоимости, но менее безопасных антигистаминных препаратов 1-го поколения [7–11].

На сегодняшний день в арсенале врача имеется широкий спектр антигистаминных препаратов 2-го поколения (АГП) – как оригинальных, так и их дженериков, обладающих не только антигистаминной активностью, но и противовоспалительным и антиаллергическим действием.

Наличие минимального аллергического воспаления у больных с АР и высокий риск развития осложнений при сочетанном воздействии факторов аллергенной и вирусной природы обуславливают необходимость длительного применения препаратов указанной группы при лечении ОРВИ у больных с АР. Назначение адекватного лечения ОРВИ с применением антигистаминных препаратов 2-го поколения предупреждает нарастание тяжести АР, снижает риск развития осложнений, улучшает течение и прогноз основного заболевания, повышает эффективность проводимой терапии [4].

Одним из таких АГП 2-го поколения является дезлоратадин – активный метаболит лоратадина. Дезлоратадин высокоселективен по отношению к H1-рецепторам, прочно связывается с рецепторами с высоким аффинитетом, не проникает в ЦНС, не оказывает седативного действия, не оказывает аритмогенного действия. Не вступает в клинически значимые лекарственные взаимодействия. Препарат начинает действовать через 30 минут после приема, действует длительно, применяется 1 раз в сутки. Может использоваться в течение продолжительного времени.

Дезлоратадин ингибирует многие медиаторы, принимающие участие в развитии системного аллергического воспаления, включая цитокины и хемокины, а также молекулы адгезии. Например, дезлоратадин снижал выброс гистамина, триптазы, лейкотриена C4 и простагладина D2 тучными

клетками и базофилами *in vitro*, стимулированную секрецию тучными клетками человека интерлейкинов-3 и -4, фактора некроза опухоли- α и гранулоцитарно-макрофагального колониестимулирующего фактора, секрецию интерлейкина-8 тучными клетками, базофилами и эндотелиальными клетками и высвобождение RANTES в препаратах эпителия полипов носа активность молекул адгезии, в том числе P-селектина и ICAM-1, *in vitro*. Опубликованы данные о подавляющем действии препарата на хемотаксис и активацию эозинофилов *in vitro* и образование супероксидного радикала.

В отличие от других АГП 2-го поколения, у больных сезонным аллергическим ринитом дезлоратадин уменьшал не только чихание, ринорею и зуд, но и заложенность носа. Продемонстрирована также эффективность дезлоратадина у больных с сочетанием аллергического ринита и атопической бронхиальной астмы [12].

Дезлоратадин – один из немногих оригинальных антигистаминных препаратов, имеющий мета-анализ из клинических исследований эффективности его применения у больных с аллергическим ринитом.

Таким образом, дезлоратадин обладает широким спектром антигистаминной, противоаллергической и противовоспалительной активности (с позиций доказательной медицины), что должно способствовать проявлению более выраженного эффекта при лечении аллергических заболеваний верхних и нижних дыхательных путей, в том числе у пациентов с АР, имеющих в анамнезе частые ОРВИ.

Однако на сегодняшний день существует небольшое число сравнительных исследований, посвященных терапевтической эффективности АГП 2-го поколения в комплексной терапии ОРВИ у больных с аллергическим ринитом.

ВЫВОДЫ

1. Несмотря на широкую распространенность АР, в настоящее время отмечается гиподиагностика АР.
2. Отмечается высокая частота ОРВИ у больных, страдающих АР, особенно при недиагностированных формах АР у взрослых, что диктует необходимость проведения аллергологического обследования данного контингента больных.

3. Необходимо тщательно собирать аллергоанамнез, особенно у пациентов, часто болеющих ОРВИ или имеющих предрасположенность к затяжному и осложненному течению вирусно-бактериальных инфекций верхних и нижних дыхательных путей.
4. Необходима разработка методических рекомендаций с обоснованием применения конкретных оригинальных АГП 2-го поколения с учетом их противовоспалительной и антиаллергической активности, а также длительности применения в комплексной терапии ОРВИ у больных с аллергическим ринитом.

ЛИТЕРАТУРА

1. Лусс Л.В. *Этиология, патогенез, проблемы диагностики и лечения аллергического ринита* // *Русский медицинский журнал*. – 2003. Т. 11. – С. 718–728.
2. Карпова Е.П., Соколова М.В. *Терапия острого ринита при острых респираторных инфекциях у детей с аллергическим ринитом* // *Справочник поликлинического врача* – 2010. № 11. – С. 52–56.
3. Казначеева Л.Ф., Молокова А.В., Казначеев К.С., Пименова Н.В. *Профилактика рецидивирующих респираторных инфекций у детей с аллергическими заболеваниями респираторного тракта* // *Вопросы современной педиатрии*. – 2012. Т. 11, № 5. – С. 64–65.
4. Зайцева О.В. *Острые респираторные инфекции у пациентов с аллергией* // *Лечащий врач*. – 2006. № 9. – С. 28–32
5. *Международный согласительный документ «Консенсус по аллергическому риниту ЕААСИ»*. – 2000.
6. *Международный согласительный документ WHO ARIA «Allergic Rhinitis and its Impact on Astma»*. – 2008.
7. Сулейманов С.Ш., Киртичникова Н.В., Васильева М.М., Сулима В.В. *Фармакоэкономическое исследование реальной практики использования антигистаминных препаратов 2-го поколения* // *Фармакоэкономика*. – 2009. – № 1. – С. 57–58.
8. Сулима В.В., Сулейманов С.Ш., Васильева М.М., Абросимова Н.В., Молчанова О.В. *Фармакоэкономические аспекты применения антигистаминных препаратов в лечении аллергических заболеваний в Хабаровском крае* // *Аллергология*. – 2005. – № 3. – С. 46–50.
9. Сулима В.В., Сулейманов С.Ш., Васильева М.М. *Эффективность, безопасность и фармакоэкономические аспекты применения препаратов лоратадина при сезонном аллергическом рините* // *Сборник материалов XII национального конгресса «Человек и лекарство»: тез. докл.* – М., 2005. – С. 558.
10. Сулима В.В., Сулейманов С.Ш., Васильева М.М., Молчанова О.В. *Практическое применение индекса затратной эффективности лечения в качестве критерия выбора антигистаминного препарата* // *Материалы Международного конгресса «Доказательная медицина – основа современного здравоохранения»*. – Хабаровск, 2009. – С. 107–108.
11. Сулима В.В., Сулейманов С.Ш., Васильева М.М., Зиненко Н.К., Молчанова О.В., Киртичникова Н.В. *Опыт разработки протоколов регистрации и ведения пациентов с аллергическими заболеваниями в условиях поликлиники на примере аллергического ринита* // *Материалы научно-практической конференции «Роль муниципальной здравоохранения в охране здоровья жителей г. Хабаровска»*. – Хабаровск, 2008. – С. 58–59.
12. Горячкина Л.А., Моисеев С.В. *Роль дезлоратадина (Эриуса) в лечении аллергических заболеваний* // *Клиническая фармакология и терапия*. – 2001. – № 5. – С. 79–84. ■

Rotiroti G, Roberts G, Scadding GK.

Rhinitis in children: common clinical presentations and differential diagnoses

[Ринит у детей: общее клиническое представление и дифференциальный диагноз]

Pediatr Allergy Immunol. 2015 Mar;26(2):103-10. doi: 10.1111/pai.12339.

Ринит является одной из распространенных патологий детского возраста. Ринит, вызванный острой вирусной инфекцией, обычно купируется самостоятельно и не требует медикаментозного

лечения. Однако в центре внимания детских аллергологов находится аллергический ринит, а также представления о других болезнях и сопутствующих заболеваниях, которые могут проте-