

# Аллергический ринит

## Пособие для врачей общей практики и фармацевтов

**Н.И. Ильина, Е.С. Феденко, О.М. Курбачева**

### **Глубокоуважаемые коллеги!**

Аллергический ринит является распространенным заболеванием. По данным эпидемиологических исследований, от 10 до 25% населения страдает сезонным или круглогодичным аллергическим ринитом. По данным официальной статистики, эти цифры значительно меньше – до 1%. Такие расхождения в статистических данных свидетельствуют о повсеместной гиподиагностике аллергического ринита.

Одной из причин гиподиагностики является нежелание пациентов обращаться за квалифицированной медицинской помощью по столь «незначительному» поводу, как хронический ринит. Многие годы они занимаются самолечением, в основном направленным на снятие симптомов, используя при этом самые разнообразные медикаменты. Чаще всего длительно и бесконтрольно применяются деконгестанты. Такая терапия не только не показана больным аллергическим ринитом, но может даже привести к целому ряду осложнений.

Современная фармакотерапия ринита, рекомендованная международными согласительными документами, высокоэффективна и безопасна. Основные препараты относятся к средствам безрецептурного отпуска. В связи с этим первым и часто единственным медицинским работником, к которому обращаются пациенты с аллергическим ринитом, становятся фармацевты и провизоры аптек. Вот почему очень важно, чтобы фармацевты знали основные симптомы аллергического ринита и рационально рекомендовали лекарственные средства.

В случае сомнения в правильности выбора медикаментов, при недостаточной эффективности лечения, при возникновении побочных эффектов единственно верным решением будет рекомендация обратиться к врачу-аллергологу.

В данной брошюре изложены сведения об основных симптомах аллергического ринита, алгоритмах диагностики и лечения этого заболевания, описаны ситуации, в которых необходимо направить пациента к врачу-аллергологу.

Главный редактор  
Российского Аллергологического Журнала,  
профессор Н.И. Ильина

## **Принципы диагностики и лечения аллергического ринита**

**Ринит** – воспалительное заболевание слизистой оболочки полости носа, сопровождающееся ежедневно в течение часа и более хотя бы двумя из следующих

симптомов: заложенностью носа, выделениями из носа, чиханием и зудом в носу. **Аллергический ринит (АР)** – заболевание слизистой оболочки носа, основой которого является аллергическое воспаление, вызываемое причинно-значимым аллергеном, клинически проявляющееся обильной ринореей, назальной блокадой (заложенностью носа), зудом в полости носа, повторяющимся чиханием и нередко потерей обоняния.

- При хроническом рините симптомы проявляются не менее чем в течение 1 ч в день на протяжении большей части года или в течение сезона.
- Аллергическим ринитом страдает 20–30% населения Европы.
- По данным эпидемиологических исследований, проведенных в различных регионах России, АР болеет от 13,9% до 35% населения.
- Аллергический ринит часто сочетается: с бронхиальной астмой – у 40% пациентов; с аллергическим конъюнктивитом – у 50–90% пациентов.
- Неспецифическая назальная гиперреактивность является важной особенностью АР. Она определяется как повышенный ответ на обычные раздражители (дым, газы, температурные колебания, сильные запахи), проявляющийся чиханием, заложенностью носа и/или ринореей.
- В основе АР лежит аллергическое воспаление, развивающееся по IgE-зависимому механизму, в ответ на воздействие аллергена.
- Наиболее важным медиатором, который высвобождается из клеток-участников аллергического воспаления и обуславливает клинические проявления ринита, является гистамин.
- При наличии вышеперечисленных симптомов дифференциальный диагноз следует проводить с:
  1. аллергическим ринитом;
  2. инфекционным ринитом;
  3. неаллергическим ринитом;
  4. ринитом, обусловленным носовыми полипами;
  5. неопластическим ринитом;
  6. ринитами при системных заболеваниях.
- Неаллергический ринит может быть обусловлен:
  1. гиперчувствительностью к аспирину и другим нестероидным противовоспалительным препаратам (НПВП);
  2. структурными нарушениями (аномалии носовой перегородки, аденоидные разрастания);
  3. побочным действием лекарств (передозировка местных деконгестантов, прием пероральных эстрогенов, резерпина);
  4. назальной гиперреактивностью (реакция на неспецифические раздражители, пыль, температурные изменения);
  5. контактом с вредными профессиональными факторами.
- Заболевание может возникать на фоне: эндокринных заболеваний (гипотиреоз и пр.); эмоций, стресса; Может быть: идиопатическим (вазомоторный ринит). Может сочетаться с эозинофильным синдромом (NARES).

## Классификация АР

В настоящее время наиболее распространены две классификации.

## 1. Аллергический Ринит и его влияние на астму (2001) (Allergic Rhinitis and its Impact on Asthma Initiative – ARIA, WHO, 2001)

Классификация учитывает интенсивность и продолжительность симптомов заболевания.



## 2. Согласительный документ по аллергическому риниту Европейской академии аллергологии и клинической иммунологии (2000 г)

Классификация построена с учетом сенсibilизации (повышенной чувствительности) к тем или иным аллергенам.

1. сезонный аллергический ринит;
2. круглогодичный аллергический ринит;
3. профессиональный аллергический ринит.

### Основные аллергены, вызывающие АР:

1. **Пыльцевые** (сезон пыления указан для средней полосы России):
  - пыльца деревьев (сезон пыления – начало апреля – конец мая);
  - пыльца луговых трав (сезон пыления – начало июня – конец июля);
  - пыльца сорных трав (сезон пыления – начало августа – начало сентября).
2. **Споры плесневых грибов:**
  - вызывающие сезонный ринит: *Alternaria*, *Cladosporium* (сезон спорообразования длительный – ранняя весна – поздняя осень);
  - вызывающие круглогодичный ринит: *Aspergillus*, *Penicilium* и др.
3. **Аллергены жилища:**
  - домашняя пыль;
  - клещи домашней пыли;
  - тараканы.
4. **Эпидермис животных.**

## Диагностика АР

1. Определение характерной клинической картины ринита.
2. Проведение алергодиагностики (цель: выявить причинно-значимый аллерген):
  - алергологический анамнез;
  - тесты *in vivo* (проводят только врачи-аллергологи): кожные, провокационные назальные с аллергенами;
  - лабораторная диагностика – определение аллерген- специфических IgE.

**Поллиноз** - это аллергическое заболевание, вызываемое пылью растений (лат. pollen – пыльца) и характеризующееся острыми аллергическими воспалительными изменениями в слизистых оболочках, главным образом дыхательных путей и глаз. Поллиноз встречается у 5–30 % населения. Заболеваемость поллинозом в России составляет 12–17%, в Москве – 16,5%. Поллиноз имеет четко повторяющуюся сезонность, совпадающую с периодом цветения определенных растений.

Существует около 700 видов аллергенных растений и их пыльцы. Пыльца должна обладать рядом свойств, обеспечивающих возможность сенсибилизации.

### **Свойства пыльцы**

- пыльца должна принадлежать ветроопыляемым растениям;
- пыльцевые зерна должны иметь диаметр 20–60 мкм и массу 10–50 кD;
- пыльца должна принадлежать широко распространенным видам растений;
- пыльца должна быть легкой и летучей.

### **Клинические проявления поллиноза**

- аллергический ринит;
- аллергический конъюнктивит;
- бронхиальная астма;
- атопический дерматит;
- рецидивирующая крапивница.

## **Лечение АР**

- устранение или уменьшение контакта с причинно-значимыми аллер-генами;
- рациональная фармакотерапия;
- аллерген-специфическая иммунотерапия;
- обучение пациентов.

### **Рекомендации больным, позволяющие уменьшить контакт с пыльцевыми аллергенами**

- избегать пребывания в регионах, где содержится большое количество пыльцы;
- оставаться дома во время периода цветения растений;
- плотно закрывать окна и двери;
- использовать защитные фильтры в автомобилях;
- носить очки на улице.

### **Рекомендации больным, позволяющие уменьшить контакт с аллергенами жилищ**

1. Не держать в комнате ковры.
2. Желательно не иметь мягкой мебели – гладкие поверхности накапливают меньше пыли.

3. Книги хранить в закрытых книжных полках.
4. Не разбрасывать одежду по комнате. Хранить одежду в закрытом стенном шкафу. Шерстяную одежду складывать в чемоданы с застежкой «молния» или в коробки с плотными крышками.
5. Не разводить домашних животных, птиц, аквариумных рыбок.
6. Не держать мягкие игрушки, пользоваться моющимися (пластиковыми, деревянными, металлическими).
7. Не следует разводить домашние цветы.
8. Покрытие стен: следует предпочесть моющиеся обои или крашенные стены.
9. Занавески должны быть хлопчатобумажными или синтетическими и стираться не реже 1 раза в 3 мес. Не использовать занавески из драпировочной ткани.
10. Следует мыть фильтры кондиционера не реже 1 раза в 2 нед. Не использовать электрические вентиляторы.
11. Не использовать перьевые и пуховые подушки и одеяла. Подушки должны быть из синтепона или других синтетических волокон, из ваты.
12. Использовать плотные ткани для наперников и наматрасников или противоклещевое белье.
13. Покрывала для кроватей должны быть из легких стирающихся тканей без ворса.
14. Не хранить вещи под кроватью.
15. Ежедневно проводить влажную уборку комнаты. При уборке следует использовать респиратор «лепесток».
16. Тщательную уборку с пылесосом следует проводить не реже 1 раза в неделю.

## Рациональная фармакотерапия АР

- антигистаминные препараты (местного и системного действия);
- местные глюкокортикостероиды (ГКС);
- препараты кромоглициевой кислоты;
- сосудосуживающие препараты (деконгестанты).

**Таблица 1. Особенности действия медикаментозных средств основных групп на симптомы аллергического ринита.**

	Чихание	Ринорея	Назальная обструкция	В носу	Главные симптомы
Блокаторы H1-рецепторов (пероральные, интраназальные, глазные капли)	++ ++ 0	++ ++ 0	+ + 0	+++ 0	++ 0 +++
Кортикостероиды интраназальные	+++	+++	+++	++	++
Кромоны интраназальные, глазные капли	+ 0	+ 0	+ 0	+ 0	0 ++
Деконгестанты интраназальные, пероральные	0	0	+++	0	0

В таблице 1 представлены особенности действия перечисленных групп лекарственных средств для лечения АР.

## Антигистаминные препараты (АГ)

Более 60 лет назад первые антигистаминные препараты стали доступны для клинического использования. С тех пор они являются наиболее широко применяемой,

научно обоснованной группой противоаллергических фармацевтических средств. Классические H1-антагонисты, или 1-е поколение антигистаминных препаратов – дифенгидрамин, хлоропирамин, клемастин, прометазин, мебгидролин, диметинден, ципрогептадин и др. (табл. 2), являются конкурентными блокаторами H1-рецепторов, и потому связывание их с рецептором происходит быстро и обратимо. Антигистаминные препараты 1-го поколения отличаются друг от друга и в терапевтических дозах могут оказывать блокирующее действие на рецепторы других медиаторов (холинорецепторы, адренорецепторы), чем определяется различие их клинических эффектов. Кроме этого, препараты 1-го поколения обладают липофильностью и способностью проникать через гематоэнцефалический барьер, с чем связан их седативный эффект.

**Таблица 2. Торговые названия антигистаминных препаратов**

Международное название	Торговое название
Мебгидролин <sup>1</sup>	Диазолин
Ципрогептадин <sup>1</sup>	Перитол
Хлоропирамин <sup>1</sup>	Супрастин
Клемастин <sup>1</sup>	Тавегил
Диметинден малеат <sup>1</sup>	Фенистил
Хифенадин <sup>1</sup>	Фенкарол
Кетотифен <sup>1*</sup>	Задитен Денерел Астафен
Цетиризин <sup>2**</sup>	Зиртек Цетрин Парлазин Летизен
Лоратадин <sup>2</sup>	Кларитин Ломилан Эролин Кларотадин Лорагексал и др.
Меквитазин <sup>2</sup>	Прималан
Эбастин <sup>2</sup>	Кестин
Дезлоратадин <sup>2**</sup>	Эриус
Фексофенадин <sup>2**</sup>	Телфаст Фексадин
Азеластин <sup>3*</sup>	Аллергодил

Примечание:

<sup>1</sup> - препараты 1-го поколения

<sup>2</sup> - препараты 2-го поколения

<sup>3</sup> - топические антигистаминные препараты

\* - помимо антигистаминного эффекта у препарата описано стабилизирующее действие на тучные клетки

\*\* - активные метаболиты

В конце семидесятых годов прошлого века были созданы противогистаминные

препараты нового поколения, которые обладают избирательным действием на H1-рецепторы и не блокируют рецепторы других медиаторов терфенадин, цетиризин, астемизол, лоратадин, эбастин и некоторые другие (табл. 2). Препараты 2-го поколения не имеют побочных действий своих предшественников, в частности, не вызывают или вызывают крайне незначительное седативное действие. Эти препараты вошли в широкую практику врачей-аллергологов и других специалистов, стали весьма популярны во всем мире, в том числе в нашей стране.

Однако вскоре понадобилось совершенствовать и эти препараты. Большинство из них представляют собой пролекарства, то есть после поступления в организм человека они подвергаются метаболизму, и лишь конечные продукты оказывают основное фармакологическое действие – блокаду H1-рецепторов. Если по какой-либо причине метаболизм лекарственного средства нарушен, происходит накопление исходного продукта, который может обладать нежелательными эффектами. Именно это произошло с терфенадином и астемизолом, которые при превышении рекомендованных терапевтических доз или при нарушении метаболизма вследствие поражения печени или сопутствующем приеме препаратов, угнетающих активность ферментов, участвующих в превращении указанных пролекарств в конечные метаболиты, вызывали нарушения сердечного ритма, в некоторых случаях закончившиеся смертельным исходом.

Оптимальным направлением исследований по улучшению профиля антигистаминных препаратов явилось создание препаратов на основе фармакологически активных конечных метаболитов препаратов второго поколения. Они должны были сохранить все преимущества препаратов второго поколения и не обладать побочными действиями на сердечно-сосудистую систему, а так же не взаимодействовать с лекарственными препаратами, угнетающими систему цитохрома P450. На современном этапе на фармацевтическом рынке существуют несколько представителей антигистаминных средств – конечных метаболитов: цетиризин, фексофенадин, дезлоратадин (табл. 2).

Опыт широкого медицинского применения антигистаминных препаратов нового поколения не только подтвердил их высокий уровень безопасности и терапевтическую эффективность, но и обнаружил важные противоаллергические свойства, которые не могут быть объяснены только блокадой H1-рецепторов. Так, оказалось, что у пациентов с аллергическим ринитом на фоне приема некоторых антигистаминных препаратов последнего поколения (цетиризина, фексофенадина, дезлоратадина) уменьшается заложенность носа – симптома, который не поддается угнетению антигистаминными препаратами первого поколения. Как оказалось, H1-блокаторы последнего поколения способны подавлять не только раннюю, но и позднюю фазы аллергического ответа. Несколькими группами исследователей показано, что эти медикаменты тормозят активность разных клеток, вовлекаемых в аллергическую реакцию, тем самым угнетая образование и секрецию из них молекулярных посредников (медиаторов) аллергии. Очень важно, что данные препараты обладают вышеописанными свойствами в концентрациях, сопоставимых с таковыми в плазме крови человека при принятии средней терапевтической дозы.

Улучшение фармакологических свойств новых H1-антагонистов обосновывает расширение клинических показаний для их использования. Так, с появлением антигистаминных средств второго поколения были устранены препятствия для применения противогистаминных средств при бронхиальной астме. Дело в том, что препараты первого поколения, обладающее холинолитическим действием, вызывают сухость слизистых и ухудшают отхождение и без того вязкой мокроты у таких больных. H1-антагонисты, не имеющие такого побочного действия, стали использоваться у больных бронхиальной астмой для лечения ринита и других аллергических проявлений. С одной стороны, это возродило попытки лечения собственно астмы антигистаминными препаратами, а с другой – позволило показать, что адекватное лечение аллергического ринита сопровождается улучшением течения бронхиальной астмы, включая снижение

потребности в использовании бронхолитических средств.

Несмотря на то, что широкое использование антигистаминных препаратов началось около 60 лет назад, в настоящее время остается ряд дискуссионных вопросов, касающихся их применения. Одним из таких вопросов является классификация антигистаминных препаратов, согласно которой выделяют 1-е (старое) и 2-е (новое) поколения.

В реальной клинической ситуации не всегда можно руководствоваться таким безальтернативным подходом. Дело в том, что определенный препарат имеет свои преимущества и недостатки в конкретных клинических условиях, а выбор врачом наиболее подходящего для пациента препарата определяется характеристиками и опытом его применения (в том числе полученного в ходе контролируемых клинических исследований).

Яркой иллюстрацией этому может служить хифенадин (фенкарол), который формально относят к антигистаминным препаратам 1-го поколения, но строго говоря, его нельзя отнести ни к 1-му, ни ко 2-му поколению препаратов по принятой классификации. Так, хифенадин, обладая высоким сродством к H<sub>1</sub>-рецепторам, практически не оказывает седативного эффекта у большинства пациентов (имеет низкую липофильность), не имеет адренолитической и выраженной холинолитической активности. В связи с этим, хифенадин не усиливает угнетающего действия седативных средств и алкоголя на центральную нервную систему. В то же время, не все «новые» антигистаминные препараты полностью лишены влияния на центральную нервную систему. Это установлено с помощью исследований, в которых выявлен их седативный эффект в сравнении с плацебо, при этом он проявлялся у некоторых препаратов даже в терапевтической дозе.

Кроме того, традиционное разделение антигистаминных препаратов на 1-е и 2-е поколения не учитывает дополнительных особенностей отдельных препаратов, расширяющих диапазон их терапевтического действия. Например, ципрогептадин (перитол) подавляет активность как гистамина, так и 5-гидрокситриптамина (серотонина), кетотифен обладает мембраностабилизирующим эффектом. Уникальным свойством хифенадина является его способность активировать фермент диаминоксидазу (гистаминазу), который разрушает гистамин. Это способствует снижению уровня гистамина в тканях и обуславливает дополнительный, в сравнении с другими препаратами, противоаллергический эффект.

В настоящее время на отечественном фармацевтическом рынке присутствует топический антигистаминный препарат – азеластин (аллергодил), который относят к препаратам 2-го поколения. Азеластин выпускается в двух формах – назальный спрей и глазные капли. Он обладает тройным механизмом действия – антигистаминным, мембраностабилизирующим и противовоспалительным. Поэтому азеластин применяется как для лечения, так и для профилактики обострений аллергического ринита. Действие препарата начинается в течение первых 15 мин (быстрее системных антигистаминных препаратов) и длится 12 ч. Так как азеластин не имеет системного действия и лекарственного взаимодействия, он может использоваться как в монотерапии, так и в сочетанной терапии аллергического ринита.

Таким образом, при выборе антигистаминного препарата для лечения аллергических заболеваний важно обратить внимание не только и не столько на их принадлежность к тому или иному «поколению», но и на профиль безопасности, стоимость, приемлемость режима дозирования, лекарственную форму, а также индивидуальное предпочтение препарата, основанное на опыте как врача, так и пациента.

## **Стабилизаторы мембран тучных клеток**

Препараты этой группы (табл. 3) на сегодняшний день представлены кромогликатом натрия и недокромилом натрия. Они используются преимущественно в виде топических

форм – назальный спрей, глазные капли или аэрозольный ингалятор для эндобронхиального применения. Подавляющее действие этих лекарств на функции разных типов клеток, участвующих в аллергическом процессе, объясняется одним общим механизмом действия, опосредуемым влиянием на мембранные каналы для ионов хлора. Кромогликат натрия и недокромил натрия тормозит как раннюю, так и позднюю фазы аллергической реакции, снижают гиперреактивность слизистых. Большой опыт применения этих веществ, накопленный за последние 30 лет, показывает их эффективность при аллергическом рините и атопической бронхиальной астме, а также высокий профиль безопасности. Все перечисленные свойства ставят препараты этой группы в ряд первоочередных при выборе лечения для легких форм ринита и в педиатрической практике. Способность тормозить секрецию медиаторов аллергии на тучных клетках показана также у антагониста H1-рецепторов – азеластина.

**Таблица 3. Торговые названия стабилизаторов мембран тучных клеток**

Основное действующее вещество	Торговое название
Кромогликат натрия	Ломузол
	Кромогексал
	Кромосол
	Кромоген
	Интал
Недокромил натрия	Тайлед

## Топические глюкокортикостероиды

Появившиеся 30 лет назад ингаляционные формы глюкокортикостероидов (ГКС), обладающие принципиально иной фармакокинетикой по сравнению с ГКС системного действия, являются на данном этапе одними из самых эффективных и безопасных средств лечения аллергического ринита.

Механизм действия ГКС постоянно изучается. Хорошо известно, что ГКС осуществляют свое действие на клетки путем активации рецептора, который регулирует в ДНК транскрипцию определенных генов-мишеней, ответственных за синтез белковых молекул, участвующих в воспалительном процессе. ГКС воздействуют на многие звенья патогенеза аллергического ринита и полипозного риносинусита. Многие исследователи доказали, что ГКС тормозят синтез целого ряда цитокинов, обладающих провоспалительным действием. Кроме того, они уменьшают индукцию синтазы оксида азота, снижают активность генов, кодирующих синтез ферментов и белковых молекул, участвующих в аллергическом процессе. Все это в конечном счете приводит к уменьшению секреции желез слизистой оболочки и тканевого отека. Эти препараты также снижают чувствительность рецепторов к гистамину и механическим раздражителям, то есть воздействуют и на неспецифическую назальную гиперреактивность. Топические ГКС не действуют на нейтрофилы и макрофаги и потому никак не изменяют иммунный ответ организма на бактериальную инфекцию.

Современные интраназальные ГКС обладают высокой местной активностью и незначительными системными эффектами, что объясняется их быстрой метаболической инактивацией в печени. После распыления любого спрея в полости носа от 60 до 96% введенного препарата проглатывается, попадает в желудок и всасывается. В результате даже при интраназальном введении препарата могут развиваться системные побочные эффекты. Но в случае с топическими ГКС этого не происходит из-за крайне низкой

биодоступности, которая объясняется минимальной абсорбцией из желудочно-кишечного тракта и почти полной биотрансформацией препарата до неактивных метаболитов при первом прохождении через печень. Небольшая часть препарата, которая попадает в трахео-бронхиальное дерево и всасывается со слизистой оболочки, также метаболизируется до неактивных субстанций. Изложенные выше особенности фармакокинетики топических ГКС позволяют использовать их в адекватных дозах длительно, а при необходимости – пожизненно, не боясь развития системных побочных эффектов. Следует особо подчеркнуть, что эти особенности присущи только специально разработанным для интраназального применения препаратам, ими не обладают ГКС-препараты системного действия (преднизолон, дексаметазон, бетаметазон, гидрокортизон и др). Поэтому применение перечисленных средств в виде капель для носа должно остаться в истории и уступить место использованию современных форм топических ГКС.

В аптеках России сейчас широко доступны интраназальные ГКС-препараты, содержащие беклометазона дипропионат, будесонид, флутиказона пропионат, мометазона фураат (табл. 4). Выбор именно этих препаратов является наиболее правильным при лечении аллергического ринита на современном этапе. Высокая эффективность топических ГКС подтверждена рядом плацебо-контролируемых клинических исследований. Так, применение мометазона (назонекса) 1 раз в день обычно позволяет на 24 ч купировать все симптомы АР, включая заложенность носа. Мометазон начинает действовать уже в течение 7–12 ч после приема первой дозы, имеет превосходный профиль безопасности, а при длительном применении не только не сушит слизистую носа, но способствует восстановлению ее нормальной структуры. Высокий профиль безопасности препарата позволяет использовать его у детей с 2-х летнего возраста.

**Таблица 4. Торговые названия топических ГКС**

Основное действующее вещество	Торговое название
Беклометазона дипропионат	Альдецин Насобек Беконазе
Будесонид	Тафен Бенарин
Флутиказона пропионат	Фликсоназе
Мометазона фураат	Назонекс

Флутиказона пропионат (фликсоназе) в лекарственной форме для интраназального применения также соответствует свойствам оптимального препарата этого фармакологического класса для лечения сезонного и круглогодичного аллергического ринита, он влияет на раннюю и отсроченную фазу аллергического ответа: подавляет выброс медиаторов, снижает число клеток воспаления. За счет своего локального действия на слизистую оболочку флутиказон снимает все симптомы ринита, повышает качество жизни и ограничивает развитие сопутствующих заболеваний. Для флутиказона характерно быстрое начало действия (через 2–3 ч), легкое соблюдение режима приема и дозирования (один раз в день интраназально), возможность длительного применения. При продолжительном использовании флутиказона повышается его терапевтическая эффективность, что подтверждено данными гистологического исследования. С точки зрения безопасности, для флутиказона пропионата характерна хорошая местная переносимость, он не вызывает зависимости и системных эффектов, характеризуется низкой биодоступностью. Безопасность применения флутиказона подтверждена и у детей в возрасте от 3,5 лет при 12-месячном применении в терапевтических дозах. Назначение этого препарата показано для пациентов, в том числе детей, с аллергическим ринитом, как только что возникшим, так и длительно существующим.

# Аллерген-специфическая иммунотерапия (АСИТ)

АСИТ является единственным патогенетическим методом лечения IgE-зависимых аллергических заболеваний и заключается во введении возрастающих доз причинно-значимых аллергенов и обладает продолжительным профилактическим действием после ее завершения. Показанием к проведению АСИТ являются состояния, связанные с сенсibilизацией к аллергенам, полная элиминация которых невозможна, например, при пыльцевой аллергии, аллергии к домашней пыли, инсектной аллергии. АСИТ проводится только врачами-аллергологами и только в специализированных аллергологических кабинетах и клиниках.

## Особенности действия АСИТ

Аллерген-специфическое лечение имеет принципиальные преимущества перед всеми другими методами терапии аллергии, так как действует не на симптомы заболевания, а видоизменяет характер реагирования организма на аллерген, вмешивается собственно в патогенез заболевания и потому влияет на все патогенетические звенья аллергического процесса.

**Клиническая эффективность АСИТ достигает 80–90% и выражается в торможении внешних проявлений заболевания и уменьшении потребности в лекарственных препаратах, что обусловлено следующими, по крайней мере, тремя особенностями действия АСИТ.**

1. Формируется снижение тканевой (органной) чувствительности к аллергенной экспозиции, что многократно подтверждено как результатами клинических наблюдений, так и проведением провокационных проб с аллергеном.
2. Возникает снижение неспецифической тканевой гиперреактивности, что, в частности, устанавливается по снижению чувствительности к разным медиаторам аллергии.
3. Клинически эффективная АСИТ сопровождается угнетением признаков аллергического воспаления.

## Преимущества АСИТ

- АСИТ обладает продолжительным профилактическим действием после ее завершения.
- Уменьшение потребности в противоаллергических препаратах.
- Предупреждение перехода более легких форм заболевания в более тяжелые, например, аллергического ринита в бронхиальную астму.
- Уменьшение общих экономических затрат на лечение больных АтД.

## Наиболее типичные ошибки в терапии аллергического ринита

- Частое использование деконгестантов.
- Необоснованное назначение хирургического лечения.
- Необоснованное назначение антибактериальной терапии.
- Необоснованное назначение физиолечения.

## Рекомендации для фармацевтов

Всех пациентов, которые обращаются к фармацевтам за помощью по поводу

аллергического ринита, можно условно разделить на две категории: те, у которых уже выставлен диагноз специалистом и возникла необходимость приобретения лекарств, и тех, у которых нет точного диагноза. Поэтому фармацевту следует кратко расспросить пациента о характере беспокоящих его симптомов.

Диагностика аллергического ринита часто сложна, его можно спутать с другими состояниями (инфекционный ринит, синусит, полипоз носа и др.) Наличие заложенности носа, чихания, обильных прозрачных выделений из носа, сопровождающихся конъюнктивитом или кожными симптомами (не всегда), может свидетельствовать об аллергическом рините. Связь жалоб пациента с предшествовавшим контактом с домашними животными, домашней и библиотечной пылью, пребыванием в загородной зоне в весенне-летний период или ранней осенью, ежегодная повторяемость заболевания в один и тот же период также свидетельствуют о возможном аллергическом заболевании.

При малейших затруднениях в интерпретации симптомов единственной рекомендацией может быть обращение к врачу. Не следует рекомендовать какое-либо лечение без назначения врача-специалиста следующим категориям больных:

1. Дети до 12 лет.
2. Беременные женщины и кормящие матери.
3. Симптомы ринита присутствуют постоянно и являются тяжелыми.
4. Симптомы ринита сочетаются с бронхиальной астмой.
5. Имеются признаки острого инфекционного процесса (лихорадка, боль в горле, слизисто-гнойные выделения из носа, боль в мышцах и др.).
6. Отсутствовал эффект от предшествовавшего самолечения (более 2 нед).
7. Имеются побочные эффекты от лекарственных препаратов.

Российский Аллергологический Журнал  
(Приложение к № 3, 2004)

**В помощь практическому врачу**  
**Проф. Н.И. Ильина, д.м.н. Е.С. Феденко, О.М. Курбачева**  
**АЛЛЕРГИЧЕСКИЙ РИНИТ**