

Javed Sheikh, Tiffany Jean, США

# Алергічний риніт: ефективне лікування відповідно до сучасних рекомендацій

**Алергічний риніт (АР) – це IgE-опосередковане запалення слизової оболонки носа у відповідь на вплив різних, найчастіше респіраторних, алергенів. Основні характерні симптоми: закладеність носа та утруднення носового дихання, свербіж і печіння, чхання, ринорея. Усі ці симптоми носять оборотний характер і повністю зникають після усунення провокуючого фактора або застосування ефективної фармакотерапії. АР не вважається захворюванням, що загрожує життю (якщо не супроводжується бронхіальною астмою (БА), анафілаксією або тяжкими ускладненнями), але для суспільства він є неабияким соціально-економічним тягарем, якщо зважити зниження якості життя і працездатності пацієнтів, а також високу вартість лікування.**

Крім основних класичних симптомів хворі можуть скаржитися на широкий спектр інших проявів АР, як-от: загальне нездужання, сонливість, головний біль, слезотеча, вушні болі, зниження працездатності, запаморочення та ін. Усе перераховане може бути як проявом основного захворювання, так і його ускладнень (гострий і хронічний синусити, отит, обструктивне апное сну, поліпи порожнини носа). Навпаки, частина пацієнтів зазначає тільки 1-2 прояви риніту при його легкому перебігу, наприклад закладеність носа. При односторонньому скруті дихання можна підозрювати наявність поліпів або інших анатомічних змін, що виникли на тлі АР або самостійно.

## Епідеміологія

У світі поширеність алергічних патологій продовжує неухильно зростати. Сьогодні на АР страждають від 10 до 30% дорослої і приблизно 40% дитячої популяції. Захворювання вражає представників усіх рас, але поширеність може варіювати серед різних популяцій і культур, що, швидше за все, асоційоване з генетичними, а також географічними та екологічними факторами (велика залученість населення теплих кліматичних зон). Найчастіше АР дебютує в дитячому або юнацькому віці (80% випадків – до 20 років), хлопчики хворіють частіше, але до 30-40 років різниця в частоті між чоловіками і жінками нівелюється. Найнижча частота АР із найменш вираженою симптоматикою спостерігається у літніх пацієнтів.

## Класифікація

Згідно з програмою Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВОЗ) ARIA (Allergic Rhinitis and its Impact on Asthma) АР за своїм перебігом класифікується як:

- інтермітуючий – <4 днів на тиждень або <4 тиж на рік;
  - персистуючий – >4 днів на тиждень і >4 тиж на рік.
- За тяжкістю симптомів АР буває:
- легкий – коли якість життя не змінюється;

- помірний або тяжкий – за наявності хоча б одного з таких ознак: порушення сну; труднощі в повсякденній діяльності або спортивній активності; зниження когнітивних здібностей або працездатності; тяжкі симптоми.

## Етіологія

Причини розвитку АР численні, а етіологія захворювання може бути різною залежно від варіанту перебігу захворювання (багаторічний, спорадичний, епізодичний). Хворі, чутливі до множинних алергенів, можуть страждати від багаторічного персистуючого риніту із сезонними загостреннями. У більшості випадків захворювання розвивається на тлі впливу респіраторних алергенів, проте в деяких ситуаціях АР може бути проявом харчової алергії в дітей. Але ізольовано назальні симптоми за відсутності шлунково-кишкових або шкірних проявів спостерігаються вкрай рідко. Ринорея у відповідь на прийом їжі найчастіше має вазомоторний, а не алергічний характер. Сезонний АР зазвичай розвивається внаслідок впливу пилку рослин і цвілі.

## Етіологічні чинники

- Пилок рослин. Сезонність залежить від географічного положення та клімату. Найбільш висока активність – навесні, у період цвітіння і запилення більшості рослин (береза, дуб, клен, кедр, плодові дерева тощо). У деяких трав і бур'янів (амброзія, будяк, шавлія та інші) характерний період кінець літа – початок осені. У регіонах із теплим кліматом можливе цілорічне цвітіння, що супроводжується стійким перебігом АР.
- Пліснява. Наприклад, гриби *Alternaria* і *Cladosporium*, які поширені в сухих і вітряних регіонах, у зимовий період (коли лежить сніг) спостерігаються вкрай рідко. Їх розсіювання досягає максимуму в сухі сонячні дні. Інші представники цвілевих грибів (*Aspergillus* і *Penicillium*) не мають чіткої сезонності, і їх можна виявити як на відкритому повітрі, так і в приміщенні, особливо при високій вологості.
- Кліщі домашнього пилу.

- Шерсть та екскременти домашніх тварин. Найчастіше – кішок і собак, але також поширені алергічні реакції й на інших представників фауни, якщо вони знаходяться поряд із людиною в одному приміщенні.
- Гризуни.
- Таргани. Найчастіше стають причиною розвитку БА, але також призводять до багаторічного персистуючого АР у заражених оселях.
- Професійні алергени: деревний пил, латекс, ангідриди, шерсть тварин, лікарські препарати тощо.

## Діагностика

**Ретельний збір алергологічного анамнезу** може допомогти у виявленні тригера АР. Необхідно уточнити вираженість симптомів, їх тривалість і сезонність. Можливо, пацієнт сам зможе позначити потенційні алергени. Дуже важливо виділити й диференціювати дратівливі чинники. Вони є основою розвитку вазомоторного, а не алергічного риніту. Тактика ведення таких пацієнтів буде різнитися. Сімейний і лікарський анамнез також можуть допомогти у встановленні діагнозу, оскільки АР багато в чому генетично детермінований, а позитивна відповідь на антигістамінні препарати (АГП) дає підстави підозрювати наявність АР.

**Коморбідні захворювання** потребують більш пильної уваги, оскільки в пацієнтів з АР нерідко спостерігаються супутня БА та/або атопічний дерматит. Найбільш поширені ускладнення цього захворювання: синусити, отит, порушення сну й обструктивного апное сну, піднебінні анормалії, поліпи в порожнині носа. Крім цього, виявлена кореляція АР із синдромом дефіциту уваги та гіперактивності (СДУГ). За результатами популяційного дослідження «випадок-контроль», в якому взяли участь більш як 23 тис дітей, було показано, що СДУГ достовірно частіше розвивається в пацієнтів з АР і алергічним кон'юнктивітом (Tsai J.D. et al., 2013).

**Фізикальне обстеження.** Звертає на себе увагу «алергічне сьєво» (темні кола навколо очей, пов'язані з вазодилатацією або закладеністю носа), горизонтальна носова складка на переніссі (через постійне тертя кінчика носа долонею вгору, так званий алергічний салют).

## Диференціальна діагностика

Проводиться з такими варіантами ринітів: вазомоторний або неалергічний, смаковий, медикаментозний (протипротозойні, антигіпертензивні препарати), гормональний, анатомічний (дефекти перегородки, поліпи, пухлини), гранульоматозний. А також із циліарною дискінезією та синуситами.



**Супрастин®**  
хлоропірамін

**ПОЛЕГШУЄ СИМПТОМИ АЛЕРГІЇ**

максимум терапевтичного ефекту  
в межах першої години після прийому  
виражена протисвербіжна дія

**Дітям від 1 місяця\***

\*Розчин для ін'єкцій. Діюча речовина — хлоропірамін. Фармакотерапевтична група. Антигістамінні засоби для системного застосування. Код АТХ R06A C03. Супрастин таблетки Р.П. № UA/9251/01/01, Супрастин ампули Р.П. № UA/0322/01/01. Умови відпуску: ампули — за рецептом, таблетки — без рецепта. Показання: алергічні захворювання (алергічний риніт, кропив'янка, дерматит, харчова, інсектна алергія, алергія на ліки); у складі комплексної терапії системних анафілактичних реакцій та ангіоневротичного набряку. Побічні реакції. Седативний ефект, стомленість, запаморочення, головний біль, ейфорія, артеріальна гіпотензія, тахікардія, аритмія, біль та дискомфорт в епігастральній ділянці, сухість у роті, фоточутливість та ін. Інформація для професійної діяльності лікарів та фармацевтів, а також для розповсюдження на конференціях, семінарах, симпозиумах з медичної тематики. Детальна інформація міститься в інструкції для медичного застосування. Виробник. Фармацевтичний завод Егіс. Контакти представника виробника в Україні: 04119, Київ, вул. Дегтярівська, 27-Т. Тел.: +38 (044) 496 05 39, факс: +38 (044) 496 05 38

Збір анамнезу та об'єктивне фізикальне обстеження здебільшого є достатніми для встановлення діагнозу й вибору раціональної терапії, але в деяких ситуаціях можуть знадобитися додаткові дослідження.

#### Лабораторні та інструментальні дослідження

• Кожне алергічне тестування: апікаційні і прикести. Внутрішньошкірне тестування приблизно в тисячу разів є більш інформативним проти апікаційних, але його мають виконувати тільки дуже кваліфіковані фахівці. Обмеженням дослідження є можливість вибору лише невеликої кількості найбільш ймовірних алергенів. Рівень хибно-позитивних результатів при шкірному тестуванні часто виявляється високим.

• Визначення рівня загального сироваткового імуноглобуліну E (IgE). Має вкрай низьку чутливість і специфічність, оскільки високий рівень IgE не виявляється у 50% пацієнтів з АР і, навпаки, визначається у 20% людей в загальній популяції без ознак алергії.

• Передня риноскопія та ендоскопія носа дають можливість оцінити стан слизової, характер виділень, наявність поліпів. Для АР характерна набрякла й синюшна слизова (іноді гіпермована) з рідкими водянистими виділеннями. При розвитку синуситу на тлі АР носові виділення набувають більш густої в'язкої консистенції, втрачаючи прозорість.

• Рентгенологічне дослідження проводиться для оцінки можливих структурних змін або виявлення ускладнень (синусит, гіпертрофія аденоїдів).

• Комп'ютерна томографія (КТ) носа і придаткових пазух. Є більш точним дослідженням при хронічному синуситі в порівнянні зі звичайною рентгенографією. Дає можливість виявити поліпи, набряк, аномалії перегородки або кісткові аномалії.

• Магнітно-резонансна томографія. Менш інформативна в діагностиці синуситу в порівнянні з КТ, але більш надійна для виявлення злоякісних новоутворень верхніх дихальних шляхів.

• Цитологічне дослідження мазка з порожнини носа. Підвищений рівень еозинофілів може свідчити на користь АР, але цей показник виявляють і при вазомоторному риніті, тому з огляду на низьку чутливість та специфічність метод не може бути використаний як самостійний.

• Назальна провокація алергенами (інокуляція алергену в слизову оболонку носа з подальшою оцінкою симптомів) виконується тільки в рамках наукових досліджень. Дехто з авторів вважає цей метод стандартом діагностики АР, проте він не застосовується в рутинній практиці.

#### Лікування

Основні напрями лікування – це запобігання контакту з алергеном, фармакотерапія та імунотерапія.

Заходи з контролю довкілля можуть бути ефективними, коли відомий конкретний тригер. В інших випадках уникнути контакту дуже складно, особливо за умови сезонного АР на пилок рослин. Але рекомендується дотримуватися певних правил, які можуть знизити вираженість симптомів АР. А саме:

• Обмежити час перебування на вулиці в період цвітіння, особливо в сухі сонячні та вітряні дні.

• Щільно закривати вікна й двері будинку, в автомобілі їздити із закритими вікнами (за необхідності – з кондиціонером у режимі рециркуляції).

• Приймати душ після перебування на вулиці для ретельного видалення пилку зі шкіри й волос.

• При алергії на пилових кліщів треба надягати на матраці та подушки щільні чохла, прати постільну білизну при високих температурах, використовувати вакуумну чистку килимів або, краще за все, видалити килимове покриття.

• Для обмеження впливу професійних алергенів рекомендується застосування масок або респіраторів.

• Необхідно також уникати впливу неспецифічних тригерів (гострі запахи, дим, різкі перепади температури тощо), які здатні посилити симптоматику АР.

#### Алерген-специфічна імунотерапія

Алерген-специфічна імунотерапія (АСІТ) покликана знизити чутливість організму до конкретних алергенів шляхом їх багаторазового введення, починаючи з малих доз. Результати численних клінічних досліджень показали високу ефективність зазначеного методу, що досягає 80-90%. Проте АСІТ має цілу низку обмежень з широкого використання. Зокрема, тривалість терапії – це місяці і навіть роки, що, безумовно, негативно впливає на комплаєнс пацієнтів. Доступність методу також не є широкою, натомість собівартість – доволі висока. АСІТ зазвичай поєднується з фармакотерапією та заходами з контролю довкілля. Імунотерапію проводять тільки особам, які пройшли відповідну підготовку, та за умови можливості надання екстреної медичної допомоги в разі розвитку побічних ефектів.

Сьогодні все частіше застосовується не ін'єкційна, а сублінгвальна АСІТ. Відмінності щодо ефективності та безпеки цих двох методів терапії вимагають подальшого вивчення, але комплаєнс сублінгвальної АСІТ вище завдяки відсутності необхідності щотижневого відвідування клініки для введення ін'єкції. Першу дозу препарату хворий має прийняти під контролем лікаря в медичній установі з можливістю надання невідкладної допомоги в разі розвитку небезпечних для життя алергічних реакцій. Надалі пацієнт самостійно приймає лікарський засіб після інформування про можливий розвиток алергічної реакції і необхідності аутоін'єкції адреналіну в цьому випадку.

#### Хірургічне лікування

Показано за умови наявності супутніх захворювань або ускладнень АР: хронічний синусит, викривлення носової перегородки, поліпи, анатомічні аномалії.

Підслизова вазотомія гіпертрофованих нижніх носових раковин добре себе зарекомендувала при постійному АР, резистентному до інтраназальних стероїдів та АГП. Ця методика набагато ефективніше усуває закладеність носа порівняно з інтраназальними стероїдами навіть через 12 міс після операції, проте вона забезпечує лише тимчасовий ефект (у типових випадках – до 5 років).

#### Фармакотерапія

Згідно з рекомендаціями професійних медичних співтовариств JTFPP (Joint Task Force on Practice Parameters) і AAO-HNS (American Academy of Otolaryngology-Head and Neck Surgery Foundation) першою лінією терапії АР є пероральні АГП та інтраназальні кортикостероїди. У більшості випадків пацієнти з АР добре чи задовільно відповідають на стандартну фармакотерапію. У разі інтермітуючого АР більш виправданим є застосування пероральних АГП, а для пацієнтів із персистуючим перебігом захворювання в якості базисного лікування може бути рекомендований інтраназальний кортикостероїд у комбінації з АГП або АГП як монотерапія тривалими курсами. Кращим є застосування високоселективних АГП 2-го покоління (наприклад, левоцетиризину) для уникнення розвитку клінічно значущого седативного ефекту.

#### АГП

Препарати цієї групи конкурентно зв'язують гістамінові рецептори 1 типу ( $H_1$ ) у кровоносних судинах, шлунково-кишковому тракті та дихальних шляхах, пригнічуючи фізіологічні ефекти гістаміну, який є головним медіатором алергічного запалення і продукується у великій кількості опасистими клітинами під впливом алергену.

АГП 2-го покоління (АГП-2) характеризуються високою спорідненістю до  $H_1$ -рецепторів, швидким початком дії, високою ефективністю і сприятливим профілем безпеки. Ця група препаратів не блокує інші типи гістамінових рецепторів, що пояснює відсутність у них седативного ефекту та тахіфілаксії при тривалому застосуванні. Крім цього, АГП-2 пригнічують й інші прозапальні цитокіни, тому ефективні як у ранній, так і в пізній фазі алергії, що значно розширює сферу їх застосування і виправдовує їх призначення для тривалої терапії.

Найбільш популярний і вивчений препарат з групи АГП-2 є левоцетиризин – L-енантіомер цетиризину, значно активніший і більш селективний в порівнянні зі своїм попередником. На відміну від інших молекул метаболіти левоцетиризину не проникають всередину клітини, а залишаються на її мембрані, зв'язуючись із гістаміновими рецепторами. Завдяки низькому розподілу забезпечуються висока ефективність препарату, низька токсичність і терапевтична варіабельність, що дає можливість легко прогнозувати його ефекти. Проти інших АГП-2 левоцетиризин має найбільшу афінність і селективність до  $H_1$ -рецепторів. Показаний при сезонному і багаторічному АР.

Чинні рекомендації надають вичерпні відповіді щодо менеджменту АР. Наразі не йдеться про повну виліковність алергічних захворювань, проте управління симптомами завдяки використанню сучасних методів і медикаментів є абсолютною реальністю для абсолютної більшості хворих на АР.

Javed Sheikh, Tiffany Jean. Allergic Rhinitis. Medscape. Dec 26, 2018

Переклад з англ. Ірини Чумак



**Алерзин**  
Alerzin®  
Левोцетиризин  
(Levocetirizine)  
5 мг/мл  
Краплі оральні, розчин

**Алерзин**  
Alerzin®  
Левоцетиризин (Levocetirizine)  
7 таблеток, вкриті оболочкою

**Алерзин**  
Alerzin®  
Левоцетиризин (Levocetirizine)  
14 таблеток, вкриті оболочкою

# Алерзин

левоцетиризин

ПОПЕРЕДЖАЄ РОЗВИТОК ТА ПОЛЕГШУЄ ПЕРЕБІГ АЛЕРГІЧНИХ РЕАКЦІЙ\*

СПОСІБ ЗАСТОСУВАННЯ ТА ДОЗИ

**Діти 2–6 років:**

**Дорослі та діти старші 6 років:**

1,25 мг або 5 крапель 2 рази на добу

5 мг або 20 крапель або 1 таблетка 1 раз на добу

\*Інструкція для медичного застосування препарату Алерзин. Р.П. № UA/9862/01/01, № UA/9862/02/01. Умови відпуску: без рецепта. Побічні реакції. Сонливість, стомлюваність, головний біль, сухість у роті та інші. Прийом препарату слід припинити у разі появи будь-якого із побічних ефектів і коли причина його розвитку не може бути встановлена однозначно. Виробник. Фармацевтичний завод ЕГІС. Інформація для професійної діяльності лікарів та фармацевтів, а також для розповсюдження на конференціях, семінарах, симпозиумах з медичної тематики. Детальна інформація міститься в інструкції для медичного застосування. Контакти представника виробників України: 04119, Київ, вул. Дегтярівська, 27-Т. Тел.: +38 (044) 496 05 39, факс: +38 (044) 496 05 38