
Лечение аллергического ринита и его влияние на бронхиальную астму

КАРМАННОЕ РУКОВОДСТВО



*Карманное руководство для врачей
и медицинских сестер*

Пересмотр 2001 г.

СОЗДАНО НА ОСНОВЕ ДОКЛАДА РАБОЧЕЙ ГРУППЫ
«АЛЛЕРГИЧЕСКИЙ РИНИТ И ЕГО ВЛИЯНИЕ НА БРОНХИАЛЬНУЮ АСТМУ»
в сотрудничестве со Всемирной организацией здравоохранения

СОДЕРЖАНИЕ

Предисловие	3
Рекомендации	4
Определение и классификация аллергического ринита	5
Триггеры аллергического ринита	6
Механизмы развития аллергического ринита	7
Сопутствующие заболевания	8
Бронхиальная астма	8
Другие сопутствующие заболевания	8
Симптомы аллергического ринита	9
Диагностика аллергического ринита	10
Лечение	11
Рекомендации, основанные на принципах доказательной медицины	12
Выбор лекарственных средств	13
Фармакологическое лечение аллергического ринита	14
Словарь препаратов для лечения ринита	15
Иммунотерапия	18
Ступенчатый подход (подростки и взрослые)	19
Лечение ринита в сочетании с бронхиальной астмой	20
Педиатрические аспекты	21
Особые обстоятельства	22
Беременность	22
Пожилой возраст	22
Адаптация руководства к использованию в странах с низким экономическим уровнем	23
Адаптирование рекомендаций к локальному использованию	24

РЕКОМЕНДАЦИИ

1. Аллергический ринит является важной проблемой респираторной медицины вследствие:
 - его распространенности;
 - влияния на качество жизни;
 - влияния на пропуски учебных/рабочих дней и производительность труда;
 - связанного с ним экономического ущерба;
 - его связи с БА;
 - сочетания с синуситом и другими сопутствующими заболеваниями, такими как конъюнктивит.
2. Наряду с другими факторами риска аллергический ринит должен рассматриваться также как фактор риска для развития БА.
3. Разработано новое деление аллергического ринита на:
 - интермиттирующий;
 - персистирующий.
4. По степени тяжести аллергический ринит разделяется на «легкий» и «среднетяжелый–тяжелый» в зависимости от выраженности симптомов и влияния на качество жизни.
5. Предлагается ступенчатый подход к лечению в зависимости от степени тяжести заболевания.
6. Лечение аллергического ринита состоит из:
 - исключения воздействия аллергена (если это возможно);
 - фармакотерапии;
 - иммунотерапии.
7. Чтобы пациент вел нормальный образ жизни, нужна коррекция воздействия факторов окружающей среды и социальных факторов.
8. У больных, страдающих аллергическим ринитом, следует оценить наличие возможной БА по данным анамнеза, физикальных методов и, если возможно, по данным исследования наличия бронхиальной обструкции до и после применения бронхолитика.
9. Соответственно больные БА должны пройти обследование по поводу аллергического ринита.
10. В идеале должна быть применена комбинированная стратегия, направленная на лечение верхних и нижних отделов дыхательных путей с учетом эффективности и безопасности лечения.
11. В развивающихся странах могут потребоваться особые подходы в зависимости от имеющихся доступных вариантов лечения, а также их стоимости.

ТРИГГЕРЫ АЛЛЕРГИЧЕСКОГО РИНИТА

Аллергены

- ❑ **Аэроаллергены** часто являются виновниками аллергического ринита.
 - Увеличение концентрации домашних аллергенов частично объясняет увеличение распространенности ринитов, БА и других видов аллергии.
 - Основными источниками аллергенов в домашних условиях являются клещи домашней пыли, домашние животные, насекомые или растения.
 - Наиболее распространенными аллергенами вне жилища являются пыльца и плесневые грибы.
- ❑ **Профессиональный ринит** описан хуже, чем профессиональная БА, однако у одного и того же пациента часто присутствуют симптомы назальной и бронхиальной гиперреактивности.
- ❑ **Латексная аллергия** становится все более актуальной для пациентов и врачей. Последние должны быть осведомлены об этой проблеме, причем необходимо разработать стратегию лечения и профилактики латексной аллергии.

Поллютанты

- ❑ Имеются эпидемиологические доказательства, что поллютанты ухудшают течение ринита.
- ❑ В настоящее время механизмы, с помощью которых поллютанты вызывают обострение ринита, более понятны.
- ❑ **Загрязнение воздуха** внутри помещений имеет огромное значение, поскольку жители индустриальных стран проводят более 80% времени в закрытых помещениях. Такое загрязнение включает домашние аллергены и газообразные поллютанты, среди которых основным источником является **курение табака**.
- ❑ Во многих странах основным источником **загрязнения воздуха городов** являются автомобили, причем главными поллютантами являются озон, оксиды азота и двуокись серы. Они могут усиливать симптомы у людей, болеющих как аллергическим, так и неаллергическим ринитом.
- ❑ Дизельные выхлопы могут усиливать синтез IgE и аллергического воспаления.

Аспирин

Аспирин и другие нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП) часто индуцируют ринит и БА.

СОПУТСТВУЮЩИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Аллергическое воспаление не ограничивается слизистой носа. С ринитом ассоциируется ряд сопутствующих заболеваний.

Бронхиальная астма

- Назальная и бронхиальная слизистые имеют много общего.
- Эпидемиологические исследования убедительно показали, что БА и ринит часто сосуществуют у одного и того же пациента.
 - Большинство больных с аллергической и неаллергической БА имеют ринит.
 - Многие больные с ринитом имеют БА.
 - Аллергический ринит связан с факторами риска развития БА и сам таковым является.
 - У многих больных аллергическим ринитом имеется неспецифическая бронхиальная гиперреактивность.
- В патофизиологических исследованиях показана строгая связь между ринитом и БА. Несмотря на то что между этими болезнями есть различия, верхние и нижние дыхательные пути поражаются общим и, возможно, развивающимся во времени процессом, который может поддерживаться и усиливаться взаимосвязанными механизмами.
- Аллергические заболевания могут быть системными. Бронхиальная провокация может вести к назальному воспалению, а назальный провокационный тест может приводить к воспалению в бронхиальном дереве.
- При подозрении на диагноз ринита или БА необходима оценка как нижнего, так и верхнего отделов респираторного тракта.

Другие сопутствующие заболевания

- Сопутствующие заболевания включают синусит и конъюнктивит.
- Взаимосвязь между аллергическим ринитом, полипозом носа и средним отитом изучена меньше.

ДИАГНОСТИКА АЛЛЕРГИЧЕСКОГО РИНИТА

- **Диагностика аллергического ринита** основывается на:
 - типичной картине аллергических симптомов;
 - таких симптомах, как чихание и выделения из носа, которые могут быть следствием аллергического ринита, однако не обязательно обусловлены аллергической природой заболевания;
 - диагностических тестах:
 - для диагностики аллергических заболеваний *in vivo* и *in vitro* применяются тесты, направленные на определение свободного и фиксированного на клетке IgE. Стандартизация аллергенов с использованием приемлемых диагностических вакцин для большинства ингаляционных аллергенов приводит к улучшению диагностики;
 - **кожные тесты немедленной гиперчувствительности** широко применяются для выявления IgE-зависимой аллергической реакции. Они являются основным диагностическим инструментом в аллергологии. Если они проведены правильно, то с их помощью можно выявить с достаточной степенью надежности специфическую аллергию. Поскольку при их выполнении и интерпретации встречается много сложностей, выполнение кожных тестов необходимо проводить с помощью обученного персонала;
 - **измерение аллергенспецифического IgE** в сыворотке крови сравнимо по важности результатов с кожными тестами;
 - **назальные провокационные тесты** с аллергенами используются в исследовательских целях и в меньшей степени в клинической практике. Они могут быть полезными, особенно в диагностике профессионального ринита;
 - **рентгенологическое исследование** обычно необязательно.
- **Диагноз бронхиальной астмы**
 - **Диагноз сопутствующей БА** вследствие вариабельной природы заболевания и обратимости бронхиальной обструкции (спонтанно или под влиянием лечения) может быть трудным.
 - Рекомендации по диагностике БА опубликованы «Глобальной инициативой по бронхиальной астме» (GINA) и рекомендуются экспертами ARIA.
 - Исследование функции легких и подтверждение обратимости бронхиальной обструкции являются обязательными шагами для диагностики БА.

РЕКОМЕНДАЦИИ, ОСНОВАННЫЕ НА ПРИНЦИПАХ ДОКАЗАТЕЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ

□ Рекомендации, основанные на принципах доказательной медицины

В их основу положены рандомизированные контролируемые исследования (РКИ) по ринитам согласно предыдущей классификации:

- сезонный аллергический ринит (САР);
- круглогодичный аллергический ринит (КАР).

□ Уровень доказательности рекомендаций:

- А: рекомендации основаны на РКИ или метаанализе;
- D: рекомендации основаны на клиническом опыте экспертов.

Метод лечения	Сезонный		Круглогодичный	
	взрослые	дети	взрослые	дети
Пероральные H1-антигистаминные препараты	A	A	A	A
Интраназальные антигистаминные препараты	A	A	A	A
Интраназальные глюкокортикостероиды (ГКС)	A	A	A	A
Интраназальные кромоны	A	A	A	
Антилейкотриеновые препараты	A			
Подкожная СИТ	A	A	A	A
Сублингвальная СИТ	A	A	A	
Назальная СИТ	A	A	A	
Исключение аллергенов	D	D	D	D

СИТ – специфическая иммунотерапия.

Для сублингвальной и назальной СИТ рекомендуется лечение только высокими дозами.

ФАРМАКОЛОГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ АЛЛЕРГИЧЕСКОГО РИНИТА

Эффективность лечения в отношении симптомов заболевания

	Чихание	Ринорея	Заложен- ность носа	Зуд в носу	Глазные симптомы
Н1-антигистамин- ные препараты					
пероральные	++	++	+	+++	++
интраназальные	++	++	+	++	0
глазные формы	0	0	0	0	+++
ГКС					
интраназальные	+++	+++	+++	++	++
Кромоны					
интраназальные	+	+	+	+	0
глазные формы	0	0	0	0	++
Деконгестанты					
интраназальные	0	0	++++	0	0
пероральные	0	0	+	0	0
Антихолинерги- ческие препараты	0	++	0	0	0
Антилейкотрие- новые препараты	0	+	++	0	++

По van Cauwenberge P. et al. Consensus statement on the treatment of allergic rhinitis. European Academy of Allergology and Clinical Immunology. *Allergy*, 2000; 55(2): 116-134.

Название	Генерическое наименование	Механизм действия	Побочные эффекты	Комментарии
Интраназальные ГКС	Беклометазон Будесонид Флунизолид Флутиказон Мометазон Триамцинолон	– Уменьшают назальную гиперреактивность – Значительно уменьшают назальное воспаление	– Незначительные локальные побочные эффекты – Широкие границы для системного побочного действия – Некоторые проблемы с ростом у детей для отдельных препаратов (см. раздел по педиатрии, стр. 22) – У маленьких детей предусматривается возможность интраназального и ингаляционного введения препарата	– Наиболее эффективное фармакологическое лечение аллергического ринита – Эффективно ослабляют заложенность носа – Восстанавливают обоняние – Эффект наблюдается через 6–12 ч, но максимальный эффект наступает через несколько дней
Пероральные/внутримышечные ГКС	Дексаметазон Гидрокортизон Метилпреднизолон Преднизолон Преднизон Триамцинолон Бетаметазон Дефлазакорт	– Эффективно уменьшают назальное воспаление – Уменьшают назальную гиперреактивность	– Системные побочные эффекты часты, особенно при внутримышечном введении – Применение препаратов депо может вызывать атрофию тканей	– При возможности вместо пероральных и внутримышечных препаратов необходимо назначать топические ГКС – Однако при необходимости допустим короткий курс системных ГКС при тяжелых симптомах
Местные кромоны (интраназальные, внутриглазные)	Кромогликат Недокромил	– Механизм действия известен плохо	– Минимальные местные побочные эффекты	– Интраокулярно кромоны очень эффективны – Интраназально кромоны менее эффективны, и их эффект короток – Отличная безопасность

ИММУНОТЕРАПИЯ

- ❑ При правильном назначении СИТ эффективна.
- ❑ Предпочтительны стандартизированные вакцины, если они доступны.
- ❑ При подкожной СИТ эффективность и безопасность повышаются. Таким образом, применение оптимальных доз вакцин, указанных в виде биологических единиц или в количестве основного аллергена, должно быть предпочтительным. Дозы от 5 до 20 мкг основного аллергена являются оптимальными дозами для большинства вакцин.
- ❑ Подкожная СИТ изменяет течение аллергического заболевания.
- ❑ Подкожная СИТ должна проводиться обученным персоналом, а пациента необходимо наблюдать в течение 20 мин после инъекции.

Подкожная СИТ показана:

- у больных с недостаточной эффективностью общепринятой фармакотерапии;
- у больных, у которых применение пероральных H1-антигистаминных препаратов и интраназальной терапии недостаточно эффективно;
- у больных, которые не хотят лечиться фармакотерапевтическими методами;
- у больных с выраженными побочными эффектами при применении фармакотерапии;
- у пациентов, которые не хотят проходить длительный курс фармакологического лечения.

Высокодозную назальную и сублингвальную СИТ:

- можно применять в дозах, по крайней мере от 50 до 100 раз больше, чем при подкожной СИТ;
- применяют у пациентов с побочными эффектами от подкожной СИТ или у тех, кто от нее отказывается;
- применяют при таких же показаниях, как и при подкожной СИТ.

У детей СИТ эффективна. Однако она не рекомендуется у детей до 5 лет.

ЛЕЧЕНИЕ РИНИТА В СОЧЕТАНИИ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

- ❑ **Лечение БА должно основываться на рекомендациях GINA.**
- ❑ Некоторые из лекарств эффективны как при рините, так и при БА (например, ГКС и антилейкотриеновые препараты).
- ❑ Однако другие эффективны либо при рините, либо при БА (например, α - и β -адренергические агонисты соответственно).
- ❑ Некоторые препараты более эффективны при рините, чем при БА (например, H1-антигистаминные препараты).
- ❑ Оптимальное лечение ринита улучшает течение сопутствующей БА.
- ❑ Препараты с пероральным путем введения эффективны как для назальных, так и для бронхиальных симптомов.
- ❑ Безопасность интраназальных ГКС надежно установлена. Однако высокие дозы ингаляционных ГКС могут вызывать побочные эффекты. Одной из проблем назначения ГКС одновременно интраназально и интрабронхиально является возможность дополнительных побочных эффектов.
- ❑ Представляется, что предупреждение или раннее лечение аллергического ринита может предупредить возникновение БА или уменьшить тяжесть ее симптомов, но для доказательства этого нужны дополнительные данные.

ОСОБЫЕ ОБСТОЯТЕЛЬСТВА

Беременность

- Ринит является частой проблемой во время беременности, поскольку заложенность носа может усиливаться самой беременностью.
- Во время беременности любое лекарство следует назначать с осторожностью, так как большинство препаратов проникает через плаценту.
- Для большинства лекарств имеются результаты только ограниченных исследований на малых группах без анализа долгосрочных последствий.

Пожилой возраст

- В пожилом возрасте происходят различные физиологические изменения в соединительной ткани и системе сосудов носа, что может предрасполагать или иметь отношение к хроническому риниту.
- Аллергия является менее частой причиной персистирующего ринита у лиц старше 65 лет:
 - атрофический ринит широко распространен, причем его лечение является трудной задачей;
 - ринорея может контролироваться с помощью антихолинергических препаратов;
 - некоторые лекарства (резерпин, гванетидин, фентоламин, метилдопа, празозин, хлорпромазин или ингибиторы АПФ) могут вызывать ринит.
- Некоторые препараты могут вызывать у пожилых людей побочные эффекты:
 - деконгестанты и препараты с антихолинергической активностью могут вызывать задержку мочи у лиц с аденомой предстательной железы;
 - седативный эффект некоторых препаратов может быть более выражен.

АДАПТИРОВАНИЕ РЕКОМЕНДАЦИЙ К ЛОКАЛЬНОМУ ИСПОЛЬЗОВАНИЮ

Местные возможности и особенности традиционной культуры определяют, как рекомендации будут использоваться в каждом сообществе, причем в первую очередь необходимо учитывать, как:

- определяют распространенность аллергического ринита и стоимость его лечения;
- назначают лечение в зависимости от наличия и возможности использования лекарств.