



2022

РУКОВОДСТВО ДЛЯ СОТРУДНИКОВ АПТЕК

АЛЛЕРГИЧЕСКИЙ РИНИТ



Российское общество ринологов разработало это руководство, которое поможет фармацевту:

- ♦ распознать типичные симптомы аллергического ринита (АР) и порекомендовать пришедшему в аптеку пациенту обратиться к специалисту для проведения своевременной диагностики и подбора адекватной терапии;
- ♦ выявить симптомы, требующие немедленной консультации врача, чтобы предотвратить возможные опасные осложнения;
- ♦ дать грамотные рекомендации по лечению АР, поясняя те или иные назначения и отвечая на вопросы пациента;
- ♦ давать пациенту правильные советы в процессе лечения и направлять к врачу в случае недостаточного контроля симптомов заболевания.



А.С. Лопатин,
оториноларинголог,
д.м.н., профессор,
президент Российского
общества ринологов



В.В. Шиленкова,
оториноларинголог,
д.м.н., профессор,
секретарь Российского
общества ринологов



Почему фармацевту важно изучить это руководство?

Аллергический ринит – одно из самых распространенных заболеваний. Однако статистика заболеваемости (до 24% населения России!) не отражает истинной распространенности АР, так как не учитывает огромное число пациентов, которые к врачу не обращаются².

А между тем, при отсутствии контроля, АР наносит серьезный ущерб не только здоровью, но и всем сферам жизни человека, нарушая его сон и социальную активность³.

АР часто ассоциирован с другими коморбидными заболеваниями, в частности рассматривается как фактор риска развития бронхиальной астмы.

Несмотря на активную диагностику и выявление, существует

серьезная проблема бесконтрольного и хаотичного лечения пациентов. Многие из них в большом количестве используют безрецептурные препараты, которые принимают для облегчения симптомов, и часто самостоятельно лечатся месяцами или даже годами.

Ретроспективный анализ, проведенный в Институте иммунологии, показал, что пациенты со временем адаптируются к проявлениям АР или расценивают их как «простудные» и бесконтрольно используют сосудосуживающие капли².

Пациенты с АР недооценивают свое состояние и не обращаются к врачу, предпочитая самостоятельно справляться с симптомами.

Фармацевт часто является первым специалистом, к которому обращается пациент с симптомами АР.

Руководство подарит фармацевту более полное понимание тактики лечения АР, которое поможет в том числе при консультации пациентов с этим заболеванием.

Мы надеемся, что фармацевты продолжат вносить свой вклад в раннюю диагностику АР и предотвращение осложнений этого заболевания.



Что такое АР?

АР – заболевание, характеризующееся IgE-опосредованным воспалением слизистой оболочки полости носа, которое развивается под действием аллергенов⁴.

Врач может диагностировать АР, если ежедневно в течение часа и более пациент отмечает хотя бы два из следующих симптомов:

- ♦ заложенность (обструкция) носа;
- ♦ выделения из носа (ринорея);
- ♦ чихание;
- ♦ зуд в полости носа.

АР часто сочетается с другими аллергическими заболеваниями, такими как аллергический конъюнктивит, атопический дерматит, бронхиальная астма⁴.

Основные аллергены

- ♦ Пыльца растений. АР, обусловленный повышенной чувствительностью к аллергенам ветроопыляемых растений, носит название поллиноза, или сенной лихорадки.
- ♦ Аллергены клещей домашней пыли.
- ♦ Эпидермальные аллергены (кошки, собаки, лошади и т.д.).
- ♦ Грибковые аллергены (плесневых грибов).
- ♦ Другие аллергены домашней пыли (библиотечная пыль, тараканы).
- ♦ Профессиональный АР наблюдается у лиц, постоянно контактирующих по роду своей деятельности с различными аллергенами, например с мукой, медикаментами, пухом, пером, животными, латексом и др. (встречается у зоотехников, ветеринаров, работников хлебозаводов, фармацевтов, медицинских работников и др.).
- ♦ Пищевые аллергены.

Симптомы АР могут быть разными по времени и интенсивности, однако прослеживается связь между воздействием причинно-значимого аллергена и развитием симптомов (сезонные обострения, обусловленные пылением аллергенных растений, или обострение после контакта с домашними животными), а также эффект элиминации – уменьшение проявлений вплоть до полного исчезновения симптомов в отсутствие воздействия аллергена⁴.

Почему опасно отсутствие контроля симптомов?

Многие пациенты недооценивают свое состояние и бесконечно откладывают обращение к врачу. Некоторые разочарованы неудачной консультацией или считают неправильным назначенное лечение, подбирают альтернативные способы лечения и даже просто прекращают прием препаратов, рекомендованных врачом⁵.

Однако недостаточный контроль симптомов приводит к значительному ухудшению качества жизни. Пациенты плохо спят, отмечают усталость, снижение работоспособности/успеваемости в школе, раздражительность и чувствуют себя несчастными³.

В дальнейшем это способствует прогрессированию заболевания и приводит к развитию тяжелых форм АР, которые трудно поддаются лечению или совсем не реагируют на лечение. Повышается риск развития бронхиальной астмы⁵.

Классификация АР⁴

В зависимости от этиологического фактора выделяют сезонный, круглогодичный (бытовой) и профессиональный АР.

По характеру течения:

- ♦ интермиттирующий АР – симптомы беспокоят менее 4 дней в неделю или менее 4 недель в году;
- ♦ персистирующий АР – симптомы беспокоят более 4 дней в неделю и более 4 недель в году.

По степени тяжести:

- ♦ легкая степень – у пациента имеются слабовыраженные симптомы ринита, которые не нарушают дневную активность и сон;
- ♦ средняя степень – симптомы ринита препятствуют работе, учебе, занятиям спортом, нарушают сон пациента;
- ♦ тяжелая степень – симптомы значительно ухудшают качество жизни пациента, который в отсутствие терапии не может нормально работать, учиться, заниматься спортом; значительно нарушается ночной сон.

По стадии заболевания: обострение, ремиссия.

Визуально-аналоговая шкала – удобный инструмент оценки тяжести симптомов и эффективности лечения⁶

Для оценки выраженности и тяжести отдельных симптомов АР (заложенность носа, насморк/выделения из носа, чихание, зуд в носу, кашель), а также глазных симптомов и общих симптомов (общее недомогание, сонливость, головная боль) специалисты используют визуальную аналоговую шкалу (ВАШ), представляющую собой шкалу в виде линейки от 0 до 10 баллов (от 0 до 10 см), где 0 – отсутствие симптомов, а 10 – максимально выраженные симптомы АР.

ВАШ удобна для пациентов и врачей, поскольку проста и интуитивно понятна (не требует обучения). ВАШ может использоваться в качестве ценного инструмента для документирования степени выраженности и контроля симптомов, а также контроля эффективности лечения.

Результаты, полученные с помощью ВАШ, характеризуются хорошей воспроизводимостью, высокой чувствительностью и подходят для повседневного использования.

Недостаточный контроль симптомов АР приводит к значительному ухудшению качества жизни: снижается ежедневная активность, когнитивные функции, настроение и сон

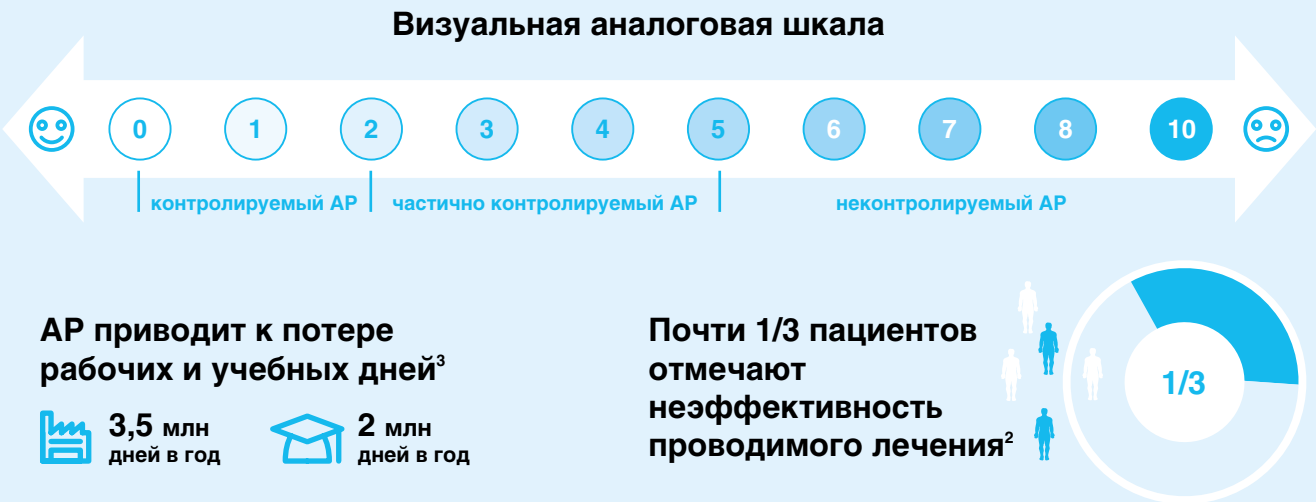
Лечение АР

Лечение считается эффективным при достижении полного контроля симптомов АР. Если действие триггерных факторов сохраняется (продолжающееся воздействие причинно-значимого аллергена, воздействие табачного дыма, других ирритантов), можно говорить лишь о снижении выраженности симптомов АР.

К основным принципам лечения АР относят медикаментозную терапию, элиминационные мероприятия и аллерген-специфическую иммунотерапию (АСИТ)⁴.

АР может быть интермиттирующим или персистирующим, но это не влияет на рекомендуемое лечение, это влияет только на его продолжительность.

В международном согласительном документе «Аллергический ринит и его влияние на астму» (ARIA) рекомендации по лечению основаны на влиянии симптомов на повседневную жизнь, то есть лечение модифицируется в зависимости от степени тяжести АР⁷. Российские рекомендации также используют принцип ступенчатого подхода в лечении АР⁴.



Пациенты с АР часто лечатся несколькими препаратами одновременно²



Что такое элиминационные мероприятия?

Элиминацией аллергена называют уменьшение контакта с причинно-значимым аллергеном. К сожалению, в большинстве случаев полностью исключить контакт с аллергенами невозможно, однако даже частичное уменьшение их воздействия облегчает течение заболевания и снижает потребность в медикаментозном лечении. Поэтому элиминация аллергена является первым и необходимым шагом в лечении аллергии.

В зависимости от причинного аллергена элиминационные мероприятия могут включать:

- ♦ использование специальных фильтров;
- ♦ ежедневную влажную уборку;
- ♦ исключение контакта с домашними животными;
- ♦ переезд на время цветения причинно-значимых растений в другую климатическую зону;
- ♦ исключение из рациона перекрестно реагирующих продуктов.

Обследование, лечение и динамическое наблюдение пациента с АР должно проводиться параллельно врачами двух специальностей: оториноларингологами и аллергологами-иммунологами, что позволяет обеспечить оптимальный комплексный подход к терапии АР.

Медикаментозное лечение: ступенчатый подход

Ни один из классов препаратов, используемых в настоящее время для лечения АР, не может полностью вылечить его, но позволяет эффективно контролировать симптомы.

Поэтому основная цель лечения АР – это улучшение самочувствия и возвращение пациента к активной повседневной деятельности.

Для достижения этой цели врач использует терапию, основанную на ступенчатом подходе⁴. Каждая ступень включает различные варианты фармакологической терапии в зависимости от выраженности симптомов АР.

Важным элиминационным приемом для исключения контакта аллергена со слизистой оболочкой носа является ирригационная терапия – различные методы и способы промывания и орошения полости носа солевыми растворами.

Применение изотонического солевого раствора, в том числе препаратов на основе морской воды, способствует улучшению функции мерцательного эпителия, уменьшению экспозиции на поверхности слизистой оболочки носа пылевых частиц и аллергенов, оказывает увлажняющее действие.

Орошение полости носа рекомендуется всем пациентам с АР при применении интраназальных глюкокортикостероидов (ИНГКС). Это позволяет удалить избыток отделяемого, который препятствует эффективному контакту кортикостероида со слизистой оболочкой носа, и предотвратить развитие побочных эффектов (сухость слизистой оболочки, носовые кровотечения).

Принцип ступенчатого подхода заключается в увеличении объема терапии (переход на ступень вверх) при отсутствии контроля симптомов АР и снижении объема терапии (переходе на ступень вниз) в случае достижения и поддержания контроля симптомов АР.

Для контроля симптомов доступны такие фармакологические препараты, как пероральные и интраназальные неседативные антигистаминные препараты (АГП), ИНГКС, антагонисты лейкотриеновых рецепторов (АЛР), комбинированные препараты интраназальные АГП/ИНГКС или АГП/АЛР. Препараты и их комбинации подбираются индивидуально в зависимости от выраженности симптомов и влияния их на повседневную жизнь.

Схема ступенчатого подхода⁴

1-я СТУПЕНЬ	2-я СТУПЕНЬ	3-я СТУПЕНЬ	4-я СТУПЕНЬ
- Неседативные АГП - интраназальные АГП - кромоглициевая кислота (интраназально) - антилейкотриеновые препараты	- ИНГКС (предпочтительно) - неседативные АГП - интраназальные АГП - антилейкотриеновые препараты	Комбинация ИНГКС с одним или более препаратами ниже: - неседативные АГП - интраназальные АГП - антилейкотриеновые препараты	 Лечение только специалистом После дополнительных обследований и подтверждения диагноза индивидуально рассматривается возможность применения омализумаба и хирургическое лечение.
 Препараты скорой помощи 1–3-й ступени: применение интраназальных деконгестантов			4-я ступень: системные ГКС

Как различные классы препаратов влияют на симптомы АР⁷

Класс препаратов	Представители класса	Чихание	Ринорея	Заложенность носа	Зуд в носу	Глазные симптомы	Начало действия
Пероральные неседативные АГП	Дезлоратадин Левосетиризин Лоратадин Фексофенадин Цетиризин Эбастин Рупатадин Биластин	++	++	+	+	++	1–3 ч
Интраназальные АГП	Азеластин Левакабастин	++	++	+	+	–	Менее 30 мин
ИНГКС	Мометазон Флутиказон	+++	+++	+++	+++	++	6–48 ч
Комбинация интраназальные АГП + ИНГКС	Мометазон/ Олопатадин Мометазон/ Азеластин	++++	++++	++++	++++	+++	от 10 мин
Интраназальные кромоны	Кромоглициевая кислота	+	+	+	+	–	15 мин
Интраназальные деконгестанты	Оксиметазолин Ксилометазолин	–	–	+++	–	–	15 мин
АЛР	Монтелукаст	+	+	+	+	–	1 ч

++++ Выраженность эффекта – Отсутствие эффекта

Прежде чем рекомендовать то или иное средство посетителю с АР, фармацевт должен задать несколько важных вопросов. Это позволит подобрать оптимальный препарат, разрешенный к отпуску без рецепта, или вовремя направить посетителя к специалисту.

На следующем развороте представлен пошаговый план действий фармацевта.

Маршрутный лист для фармацевта

Используя этот маршрутный лист, вы можете помочь посетителю с АР получить действительно необходимую ему помощь. Продвигайтесь в предложенной последовательности для грамотного консультирования и рациональной рекомендации.

УТОЧНИТЬ СИМПТОМЫ

1

Действительно ли это АР?

Часто посетители, покупающие препараты от АР, не имеют диагноза врача. Чтобы подтвердить наличие АР, фармацевту важно уточнить симптомы пациента и исключить другие состояния, такие как простуда или ринит, вызванный медикаментами^{5,8–10}.

Вопросы, помогающие фармацевту выявить:



— Назовите, пожалуйста, ваш основной симптом.

В случае АР основными симптомами могут быть ринорея и заложенность носа, чихание и зуд в носу, слезящиеся глаза.

— Как долго вы наблюдаете эти симптомы?

— Проявляются ли у вас симптомы постоянно или они кратковременны?

— Знаете ли вы о чем-либо, что, по-видимому, вызывает симптомы? Может быть, пребывание на улице? Пыльца растений? Контакт с животными? Или что-то иное, с чем вы сталкиваетесь на работе или дома?

— Ставил ли вам врач когда-нибудь диагноз поллиноза, АР или астмы?

— Выделения из носа прозрачные и водянистые?

Гнойные выделения указывают на инфекцию.

— Отмечали ли вы у себя свистящее дыхание или одышку?

Ответ «ДА» может указывать на астму.

Аллергический конъюнктивит

— Назовите, пожалуйста, ваш основной симптом.

АР часто сопровождается глазными симптомами: зуд, слезотечение и покраснение глаз. Некоторые глазные симптомы, которые наблюдаются при АР, встречаются и при других заболеваниях.

— Есть ли у вас жжение в глазах?

— Есть ли у вас сухость глаз?

Ответ «ДА» может указывать на заболевание, отличное от АР.

— Есть ли у вас светобоязнь?

Ответ «ДА» может указывать на заболевание, отличное от АР, и пациента следует направить к врачу.

ОТЛИЧИТЬ ОТ ПРОСТУДЫ ИЛИ ДРУГИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

2

Симптомы АР



2 или более симптомов, ежедневно в течение часа и более:

- ◆ заложенность носа
- ◆ водянистые выделения из носа (ринорея)
- ◆ чихание, особенно частое и многократное
- ◆ зуд в полости носа
- ◆ +/- двусторонний конъюнктивит

Симптомы, указывающие на простуду



- ◆ Выраженная заложенность носа
- ◆ Выделения из носа
- ◆ Чихание (редкие приступы)
- ◆ Отсутствие зуда носа и глаз
- ◆ Редко наблюдаются двусторонние глазные симптомы
- ◆ Часто потеря обоняния

Продолжительность

Месяцы или более короткие повторяющиеся эпизоды

5–10 дней

Сезонность

В любое время года, чаще всего в сезон цветения ветроопыляемых деревьев, трав и злаков

Чаще всего в холодное время года

Что делать

Оценить выраженность и степень влияния симптомов для подбора рекомендаций (пункт 4)

Предлагать средства в соответствии с протоколом лечения простуды

Назальные симптомы, обычно не связанные ни с АР, ни с простудой (риносинусит, опухоли, искривление перегородки носа, полипы в полости носа, медикаментозный ринит и системные заболевания¹¹), могут быть в сочетании с АР!

- ◆ Односторонние симптомы
- ◆ Заложенность носа без других симптомов
- ◆ Слизисто-гнойные выделения из носа
- ◆ Выраженные односторонние выделения из носа, усиливающиеся при наклоне вперед
- ◆ Лицевая боль
- ◆ Постназальный затек (стекание слизи по задней стенке глотки) с густой слизью и/или густые выделения из носа
- ◆ Повторяющиеся носовые кровотечения
- ◆ Опухоль, болезненность и покраснение тканей глаза (орбитальный целлюлит)



При жалобе на какой-либо из этих симптомов направьте посетителя к врачу.

ЗАДУМАТЬСЯ О СИМПТОМАХ АСТМЫ

3

Почему важно не пропустить симптомы астмы?

Появление симптомов АР может быть связано с плохим контролем астмы и является одним из предвестников ее обострений. Если у пациента появились симптомы астмы в дополнение к симптомам ринита, то его следует направить к врачу для подбора адекватного лечения^{8–10}.

Вопросы, позволяющие заподозрить сопутствующую астму у посетителя с АР



Пациент не имеет диагноза бронхиальной астмы

— Наблюдалось ли у вас свистящее дыхание или хрипы в грудной клетке в отсутствие простуды?

— Сочетались ли когда-нибудь свистящие хрипы в груди с затрудненным дыханием?

Ответ «ДА» хотя бы на один из этих вопросов может указывать на астму у посетителя.



Пациент имеет диагноз бронхиальной астмы

— Бывает ли вам трудно заснуть из-за симптомов астмы?

— Случалось ли вам испытывать симптомы астмы в течение целого дня?

— Мешает ли астма вашей привычной повседневной активности (работе, учебе, упражнениям, домашним делам)?

— Нуждаетесь ли вы в использовании своего ингалятора более, чем раз в день?

Ответ «ДА» хотя бы на один из этих вопросов может указывать на неконтролируемую астму у посетителя.

ПРОКОНСУЛЬТИРОВАТЬ ПО ПРИЕМУ ПРЕПАРАТОВ⁴

- ◆ Не рекомендован прием АГП I поколения из-за их антихолинергического и седативного действия и связанного с этим риска. Также среди нежелательных явлений от их применения отмечают расстройства сна, нарушения сердечного ритма и когнитивные нарушения.
- ◆ Пероральные деконгестанты (например, фенилэфрин) следует применять с осторожностью из-за возможных побочных эффектов, таких как нарушения сна, повышенное артериальное давление и тахикардия.
- ◆ Интраназальные деконгестанты могут быть использованы (не более 7 дней подряд). Длительное применение может привести к медикаментозному риниту (МР). Симптомы

ПРИМЕНИТЬ ВАШ

4

Вопрос посетителю

— Насколько сильно вас беспокоят симптомы АР?

Интенсивность симптомов оцените по 10-балльной шкале, где 10 баллов – чрезвычайно беспокоит, а 0 баллов – совершенно не беспокоит. И в зависимости от названной цифры рекомендуются препараты для лечения. Также по ВАШ можно оценивать эффективность применяемых препаратов.

Выраженность назальных симптомов АР

ВАШ<5

Что рекомендовать посетителю:

неседативные АГП или интраназальные АГП или кромоглициевая кислота (интраназально) или антилейкотриеновые препараты ИнГКС

ВАШ≥5

Что рекомендовать посетителю:

- Комбинированный препарат ИнГКС + интраназальные АГП
- ИнГКС в комбинации с:
 - неседативными АГП
 - АЛР



Деконгестанты – препараты скорой помощи (не более 3–7 дней)



Рекомендовать посетителю оценить симптомы по ВАШ спустя 5–10 дней. При недостаточной эффективности лечения необходимо обратиться к врачу.

5

МР включают отек слизистой оболочки носа и усиление заложенности носа. Если это происходит, надо прекратить прием препарата и проконсультироваться с врачом или фармацевтом. Кратковременное применение имеет решающее значение для профилактики МР.

◆ Действие ИнГКС развивается достаточно медленно. Первый эффект пациент ощутит в течение первых двух дней, а для выраженного клинического эффекта может потребоваться несколько дней регулярного применения.

Важно предупредить об этом, чтобы пациент не прекращал прием самостоятельно.

АР: что происходит¹²



- ПЕРВЫЕ СИМПТОМЫ**
- ♦ Усиление продукции слизи
 - ♦ Водянистые выделения из носа
 - ♦ Чихание, зуд в носу
 - ♦ Покраснение глаз

- ПОСТОЯННЫЕ СИМПТОМЫ**
- ♦ Заложенность носа
 - ♦ Выделения из носа

Аллергические реакции запускаются взаимодействием аллергена (например, пыльцы растений, продуктов жизнедеятельности клещей домашней пыли и др.) со специфическими для каждого из аллергенов антителами, относящимися к классу иммуноглобулинов E. Это взаимодействие происходит на поверхности тучных клеток слизистой оболочки полости носа. Последующая дегрануляция тучных клеток приводит к выделению гистамина и других медиаторов воспаления, воздействие которых на клеточные структуры вызывает симптомы ринита.

Через несколько часов возникает поздняя фаза аллергического ответа. В слизистой оболочке увеличивается содержание эозинофилов, базофилов и лимфоцитов, которые поддерживают воспалительный процесс. Однажды развившееся воспаление в слизистой оболочке носа сохраняется в течение нескольких недель после воздействия аллергена.

Ни один из препаратов, используемых в настоящее время для лечения АР, не может полностью вылечить это состояние. Но правильно подобранное лечение способно эффективно контролировать симптомы.

Краткая характеристика основных классов препаратов

Для контроля симптомов АР рекомендованы следующие классы препаратов: неседативные АГП, ИнГКС, АЛР, интраназальные деконгестанты, кромоны, а также препараты для увлажнения слизистой оболочки носа.

Современные классы лекарственных препаратов направлены на контроль разных звеньев патогенеза АР. Каждый из классов работает на определенный процесс. Комбинирование препаратов разных классов может улучшить контроль симптомов.

Неседативные АГП

Принцип действия

Гистамин, воздействуя на рецепторы респираторной системы, глаз и кожи, вызывает характерные симптомы аллергии. АГП, блокируют H1-гистаминовые рецепторы, тем самым предотвращая воздействие на них гистамина. АГП не способны вытеснить гистамин, уже связанный с рецептором, поэтому блокируют незанятые или высвобождаемые рецепторы и наиболее эффективны для предупреждения аллергических реакций немедленного типа, а в случае уже развившейся реакции предупреждают выброс новых порций гистамина.

Эффекты

- ♦ Хорошо купируют зуд и чихание, но хуже действуют на заложенность носа.
- ♦ Уменьшают слезотечение и покраснение кожи.
- ♦ Сохраняют эффект в течение длительного времени.

Особенности

- ♦ высокая специфичность и высокое сродство с H1-рецепторами;
- ♦ отсутствие влияния на холиновые и серотониновые рецепторы;
- ♦ противовоспалительное действие;
- ♦ быстрое наступление клинического эффекта и более длительное действие (до 24 ч);
- ♦ отсутствие клинически значимых взаимодействий с пищей, лекарственными препаратами;
- ♦ минимальный седативный эффект при использовании терапевтических доз;
- ♦ отсутствие тахифилаксии (привыкания) при длительном применении;
- ♦ высокий уровень безопасности.

Ответы на частые вопросы

— Почему лучше не покупать АГП I поколения?

Потому, что их действие избирательно и спектр нежелательных явлений, соответственно, шире. Из серьезных побочных действий наиболее часто отмечаются седация, сонливость, головокружение, нарушения сна и снижение когнитивной функции. Также шире и список противопоказаний к применению. Препараты I поколения противопоказаны пациентам с глаукомой, бронхиальной астмой, болезнями сердечно-сосудистой системы^{4,13}.

— Как долго можно принимать неседативные АГП?

Препараты не вызывают привыкания при длительном применении, поэтому их можно применять так долго, как это необходимо. Однако если в течение 5–7 дней вы не чувствуете, что ваше состояние улучшается, необходимо проконсультироваться у врача.

— Какой препарат эффективнее при АР?

Все очень индивидуально и может зависеть в том числе от активности ферментов метаболизма в печени¹³.

— Интраназальные формы обладают теми же побочными эффектами?

Местные формы АГП (азеластин, левокабастин) высокоэффективны при назальных симптомах (заложенность носа, чихание, ринорея), и их действие развивается в полости носа. В системный кровоток попадают гораздо меньшие количества препарата, поэтому риск системных нежелательных явлений невелик.

На фоне лечения рекомендуется с осторожностью относиться к приему алкоголя (возможно усиление угнетения ЦНС).

I ПОКОЛЕНИЕ (СЕДАТИВНЫЕ)	II ПОКОЛЕНИЕ (НЕСЕДАТИВНЫЕ)	
	неактивные метаболиты	активные метаболиты
· Хлоропирамин · Клемастин · Диметиден · Дифенгидрамин	Оказывают терапевтический эффект только после метаболизма в печени с участием изофермента CYP3A4 системы цитохрома P450 с образованием активных соединений Примеры: лоратадин, эбастин	Поступают в организм в виде активного вещества. В результате время достижения терапевтического эффекта сокращается. Примеры: цетиризин, левоцетиризин, дезлоратадин, фексофенадин

ИнГКС

 Принцип действия

Воздействуют практически на все звенья патогенеза АР. Обладают противоаллергическим, противовоспалительным и противоотечным действием, что проявляется снижением клеточной инфильтрации в зоне воспаления, проницаемости стенок сосудов и секреции слизи.

 Эффекты

- ♦ Превосходят по силе действия пероральные неседативные АГП и кромоглициевую кислоту.
- ♦ Уменьшают заложенность носа, зуд, чихание, ринорею.
- ♦ Устраняют глазные симптомы: покраснение и зуд глаз, слезотечение.

 Особенности^{14–17}

- ♦ Выраженный эффект, который нарастает постепенно и достигает своего максимума в течение первых нескольких дней применения.
- ♦ Высокая безопасность, что позволяет длительно использовать необходимые поддерживающие дозы без риска развития системных эффектов.
- ♦ Препараты не угнетают активность мерцательного эпителия полости носа и не вызывают атрофических изменений слизистой оболочки.

2в1

Использование комбинированных препаратов, содержащих интраназальный АГП и кортикостероид, уменьшает выраженность всех симптомов АР при сокращении количества используемых препаратов¹⁸. Действие данных комбинаций начинается уже в течение 10–15 мин после применения.

 Ответы на частые вопросы

— Ждать ли выраженных симптомов АР или применять назначенный ИнГКС уже при первых проявлениях?

Если вам поставлен диагноз сезонного АР, то лечение можно начинать заблаговременно, до начала периода цветения причинно-значимого растения. Такое превентивное лечение позволяет отсрочить сезонные проявления заболевания, сократить суммарное проявление симптомов АР, уменьшить степень тяжести беспокоящих симптомов и способствовать купированию воспаления в слизистой оболочке дыхательных путей¹⁵.

— Не повредит ли мне использование гормонального препарата?

Современные ИнГКС обладают низкой системной биодоступностью, что обеспечивает высокий уровень безопасности^{16,17}.

Главное — соблюдать назначения врача и внимательно следовать инструкции.

АЛР (монтелукаст)

 Принцип действия

При АР после воздействия аллергена происходит высвобождение цистеинил-лейкотриенов из провоспалительных клеток слизистой оболочки носа, что проявляется симптомами АР.

За счет специфического связывания с цистеинил-лейкотриеновыми рецепторами монтелукаст подавляет воспаление слизистой носа и бронхов. Обладает противоаллергическим и противовоспалительным действием.

 Эффекты

- ♦ Уменьшает заложенность носа, ринорею, зуд в полости носа, чихание.
- ♦ Не только эффективно подавляет, но и предотвращает развитие симптомов АР.
- ♦ Более эффективен при заложенности носа, чем неседативные АГП.
- ♦ Уступает по эффективности ИнГКС, однако хорошо потенцирует их эффект при совместном применении.
- ♦ При сочетании АР с бронхиальной астмой позволяет контролировать симптомы как АР, так и астмы, что позволяет избегать полипрагмазии.

Интраназальные деконгестанты

 Принцип действия

Являясь α-адреномиметиками, сокращают приток крови к сосудам носовых раковин, в результате чего уменьшаются отек и гиперпродукция слизи бокаловидными клетками.

 Эффекты

Уменьшает заложенность носа вне зависимости от причин, ее вызвавших.

 Особенности

- ♦ Препараты нафазолина и тетризолина обладают короткой продолжительностью действия и негативно влияют на реснитчатый эпителий носа.
- ♦ Препараты ксилометазолина (действуют 8–10 ч) и оксиметазолина (10–12 ч) при применении короткими курсами (3–7 дней) не приводят к функциональным и морфологическим изменениям реснитчатого эпителия¹⁹.

 Ответы на частые вопросы

— Как часто можно пользоваться спреями в течение дня? Если получается чаще, чем указано в инструкции, как быть?

При АР интраназальными деконгестантами не следует пользоваться чаще чем 2–3 раза в сутки. Их лучше применять только в случае сильной заложенности носа, например когда она не позволяет заснуть. В любом случае при манифестации симптомов АР срок регулярного использования деконгестантов не должен превышать 5–7 дней, если потребность в них сохраняется, нужно обратиться к оториноларингологу.

— Надо ли разводить по времени применение деконгестантов и ИнГКС?

В случае сильной заложенности носа при АР лучше такая последовательность: деконгестант (ксило- или оксиметазолин), пауза 5 мин, затем промыть полость носа большим (200–250 мл) объемом теплого изотонического раствора, высморкаться и использовать спрей ИнГКС.

Не рекомендуется использование длительных курсов интраназальных деконгестантов в связи с риском развития побочных эффектов и МР⁴.

Кромоны (кромоглициевая кислота)

 Принцип действия

Обладает стабилизирующим действием на мембраны тучных клеток, ингибируя процесс дегрануляции.

 Эффекты

Интраназальный спрей уменьшает чихание, ринорею и заложенность носа только у пациентов со слабовыраженными симптомами АР.

 Особенности

- ♦ Эффективность ниже, чем у неседативных АГП, АЛР и ИнГКС, но характерна высокая безопасность.
- ♦ Требуется частое применения (4–6 раз в день). После достижения терапевтического эффекта кратность приема можно уменьшить с сохранением эффективности.

Время наступления максимального эффекта составляет 7–12 дней, поэтому препараты кромоглициевой кислоты начинают использовать заранее, за несколько дней до контакта с причинно-значимым аллергеном.

Препараты для увлажнения, очищения и защиты слизистой оболочки носа



Принцип действия

Применение изотонического солевого раствора, в том числе препаратов на основе морской воды, способствует разжижению вязкой слизи, улучшению функции мерцательного эпителия, уменьшению экспозиции на поверхности слизистой оболочки носа пылевых частиц и аллергенов, оказывает увлажняющее действие.



Эффекты

Промывание полости носа изотоническим раствором NaCl дает возможность смыть со слизистой оболочки уже попавшие на нее аллергены, оказывая таким образом элиминационный эффект.

При регулярном промывании носа появляется возможность уменьшить дозировку и кратность использования интраназальных препаратов для базисной терапии¹⁶.

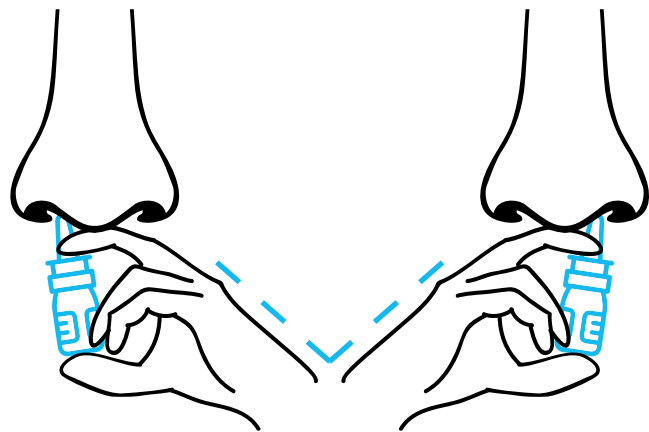


Ответы на частые вопросы

— Для чего и как часто нужно применять солевые растворы?

При тяжелых проявлениях АР, усилении симптомов лучше промывать нос как минимум 2 раза в сутки: утром и перед сном, сочетая промывание с инсуфляцией ИнГКС. Это позволяет удалить скопившуюся слизь из глубоких отделов полости носа и облегчить носовое дыхание.

Техника распыления интраназальных аэрозолей, позволяющая снизить риск нежелательных явлений



1

Сначала необходимо осторожно высморкаться для освобождения носовых ходов.

2

Закройте одну ноздрю пальцем. Введите кончик распылительной насадки в другую ноздрю, направляя его в сторону от перегородки носа. Чтобы спрей распределялся в полости носа в правильном направлении, его лучше впрыскивать в левую ноздрю правой рукой, в правую – левой.

3

Слегка наклоните голову вперед. Держите флакон вертикально и сильно нажмите на дозирующее устройство. После распыления сделайте осторожный вдох носом и выдох ртом. Аналогично проведите второе распыление в ту же самую ноздрю.

4

Повторите те же самые действия в другую ноздрю. Постарайтесь не высмаркиваться в течение следующих 15 мин, чтобы препарат начал действие. Не запрокидывайте голову назад, чтобы не допустить попадания препарата в горло.



НАПОМНИТЕ ПОСЕТИТЕЛЮ

- ♦ Очистите носовые ходы до применения спрея
- ♦ Не распыляйте на перегородку
- ♦ Не запрокидывайте голову

В период ремиссии всем пациентам с АР рекомендуется рассмотреть вопрос о целесообразности проведения аллерген-специфической иммунотерапии (АСИТ) с целью уменьшения выраженности всех симптомов АР и снижения потребности в препаратах симптоматической и базисной терапии.

АСИТ – основной метод патогенетического лечения АР, заключающийся во введении в организм возрастающих доз аллергена, ответственного за клинические проявления заболевания у данного пациента.

Список сокращений. АГП – антигистаминные препараты. АЛР – антагонисты лейкотриеновых рецепторов. АР – аллергический ринит. АСИТ – аллерген-специфическая иммунотерапия, ВАШ – визуальная аналоговая шкала. ИнГКС – интраназальные глюкокортикостероиды. МР – медикаментозный ринит

Литература.

- Ненашева Н.М., Шиленкова В.В. Контроль симптомов аллергического ринита у взрослых лиц в Российской Федерации: результаты онлайн-опроса. РМЖ. Медицинское обозрение. 2021;5(1):25–31.
- Дынева М.Е., Курбачева О.М. Аллергический ринит – актуальная проблема XXI века. Consilium Medicum, 2019; 21(3):65–68.
- Шиленкова В.В., Лопатин А.С. Аллергический ринит и качество жизни. Российская ринология. 2019;27(4):215–223.
- Клинические рекомендации. Аллергический ринит. 2020
- Russell JM, Dolen WK. Management of Allergic Rhinitis: A Review for the Community Pharmacist. Clin Ther. 2017;39:2410–2419.
- Ненашева Н.М., Терехова Е.П., Бодня О.С., Себекина О.В. Визуальная аналоговая шкала – инструмент для оценки контроля аллергического ринита. Российский аллергологический журнал. 2018;6:79–88.
- Brozek JL, Bousquet J, Agache I, et al. Allergic rhinitis and its impact on asthma (ARIA) guidelines–2016 revision. J Allergy Clin Immunol. 2017;140:950–958.
- Lourenco O, Bosnic-Anticevich S, Costa E, et al. Managing Allergic Rhinitis in the Pharmacy: An ARIA Guide for Implementation in Practice. Pharmacy (Basel). 2020;8(2):85.
- Okubo K, Kurono Y, Ichimura K, et al. Japanese guidelines for allergic rhinitis 2020. Allergology International. 2020; 69(3):331–345.
- Bosnic-Anticevich S, Costa E, Menditto E, et al. ARIA pharmacy 2018 “Allergic rhinitis care pathways for community pharmacy”: AIRWAYS ICPs initiative (European Innovation Partnership on Active and Healthy Ageing, DG CONNECT and DG Sante) POLLAR (Impact of Air POLLution on Asthma and Rhinitis) GARD Demonstration project. Allergy. 2019;74(7):1219–1236.
- Mullol. Rhinitis Phenotypes. The journal of allergy and clinical immunology. In practice. 2020;85:1492–1503.
- Meltzer EO. Fexofenadine: review of safety, efficacy and unmet needs in children with allergic rhinitis. Allergy, Asthma, and Clinical Immunology: Official Journal of the Canadian Society of Allergy and Clinical Immunology. 2021;17.
- Снарская Е.С., Анпилогова Е.М., Медведева Я.Н. Антигистаминные препараты: что известно о них сегодня. Эффективная фармакотерапия. 2019;15(11):24–29.
- Крюков А.И., Кунельская Н.Л., Царапкин Г.Ю., и др. Интраназальные глюкокортикостероиды – препараты выбора при лечении воспалительной патологии полости носа и околоносовых пазух. РМЖ. 2016;21:1403–1406.
- Дробик О.С., Насунова А.Ю. Аллергический ринит: взгляд аллерголога. Вестник оториноларингологии. 2014;(2):82–85.
- Пальчун В.Т., Гусева А.Л., Левина Ю.В., Дербенева М.Л. Фармакотерапия аллергического ринита. Медицинский совет. 2020;16:122–127.
- Шиленкова В.В. Что мы знаем о безопасности интраназальных кортикостероидов? Вопросы современной педиатрии. 2012;11(2):122–126.
- Туровский А.Б. Аллергический ринит: новое решение старой проблемы. Медицинский совет. 2016;6:44–51.
- Бердникова Н.Г. Деконгестанты: от проверенных средств до улучшенных комбинаций. РМЖ. 2011;23:1446.

**Над руководством
работали:**

OmniDoctor

цифровое издательство

www.omnidocor.ru

Текст и редакция

Анна Макарычева

Дизайн и подготовка к печати

Елизавета Дмитриева