

**Т. В. Бездетко**

Харьковский национальный медицинский университет, кафедра пропедевтики внутренних болезней № 2,  
Харьковская областная клиническая больница

# Новые возможности лечения аллергического ринита

**Ключевые слова:** аллергический ринит, эффективность лечения, левоцетиризин.

Аллергия — одна из самых частых причин хронических заболеваний в развитых странах. Аллергия практически приобрела характер мировой эпидемии, что, по-видимому, обусловлено изменениями, произошедшими в окружающей среде, и общим ухудшением состояния здоровья населения. Согласно данным, опубликованным World Allergy Organization в «White book on Allergy» (2011), частота встречаемой аллергической патологии в различных странах колеблется от 7,5 % до 40 %, т.е. в среднем составляет 22 %. Аллергологи располагают статистической информацией только по распространенности аллергического ринита (АР) и бронхиальной астмы. Аллергический ринит отмечают приблизительно у 7–22 % населения Украины (в зависимости от региона, возрастных характеристик, пола и др.) [1–3].

Аллергические заболевания верхних дыхательных путей могут быть вызваны аллергенами различной природы: пыльцой растений, частицами пыли, плесневыми грибами, средствами бытовой химии, лекарственными препаратами и даже пищевыми продуктами.

Патогенетически причиной развития аллергических заболеваний наиболее часто является реакция гиперчувствительности анафилактического типа. Главными участниками ранней и поздней фаз аллергической реакции в слизистой оболочке носа являются тучные клетки, эозинофилы, лимфоциты, а также базофилы и эндотелиальные клетки. При повторном контакте аллергена со слизистой оболочкой он перекрестно захватывает две или более молекул IgE антител на поверхности этих клеток, инициируя при этом выработку и выделение целого ряда биологических медиаторов воспаления, что приводит к возникновению как раннего, так и позднего аллергического ответа. Медиаторы действуют на клеточные структуры и вызывают повышенную проницаемость сосудов, местный отек и образование секрета. Клинически это проявляется основными симптомами АР (выделения из носа, затруднение носового дыхания, чиханье и зуд в полости носа), носящими обратимый характер и уменьшающимися после прекращения контакта с аллергенами или под действием лекарств. В раннюю фазу, наступающую в течение

нескольких минут после воздействия аллергена, в назальном секрете обнаруживаются гистамин, триптазы, простагландин D<sub>2</sub>, лейкотриены (B<sub>4</sub> и C<sub>4</sub>) и кинины. Действие этих медиаторов на нейрорецепторы и сосуды вызывает возникновение симптомов ринита в раннюю фазу аллергического ответа. Через несколько часов (обычно 4–6) после разрешения ранней фазы приблизительно у 50 % больных АР возникает поздняя фаза аллергического ответа различной степени выраженности. В этот период в собственном слое слизистой оболочки увеличивается содержание эозинофилов и базофилов. В конечном звене патогенеза АР, по-видимому, участвуют Т-лимфоциты. На заключительных этапах в процесс поддержания аллергического воспаления вовлекаются цитокины Т-лимфоцитов Th2-профиля. После очередного воздействия аллергена IL-4 или IL-13, продуцируемые активированными Th2-клетками, повышают уровень аллерген-специфического IgE. Другие Th2-цитокнины (IL-3, IL-5, GM-CSF) участвуют в поддержании тканевой эозинофилии за счет стимуляции костно-мозговых клеток-предшественников, усиления созревания клеток, последующей избирательной активации, продления срока жизни и угнетения апоптоза эозинофилов. Изменения клеточного состава в позднюю фазу аллергического ответа за счет поступления эозинофилов, базофилов Th2-клеток и поддержания активности тучных клеток имеют отношение к сдвигу общей реактивности слизистой оболочки носа [6, 8]. На этом фоне последующее воздействие аллергена вызывает более выраженные клинические симптомы. Однажды развившееся воспаление в слизистой оболочке носа может сохраняться длительное время после воздействия аллергена. Неспецифическая гиперреактивность слизистой оболочки носа выражается в повышении чувствительности к разнообразным неспецифическим воздействиям, однако это не единственный механизм неспецифической тканевой гиперреактивности. В основе его могут лежать конституциональные особенности, изменение чувствительности рецепторов к медиаторам и раздражающим стимулам, сосудистые и микроциркуляторные изменения, нейрогенный компонент, проявляющийся

через высвобождение нейропептидов из окончаний холинергических и пептидергических нейронов.

В результате аллергического воспаления происходит повышение секреции слизи, угнетение функции мерцательного эпителия дыхательных путей. При воздействии гистамина на кровеносные сосуды происходит их расширение, приводящее не только к отеку слизистой оболочки дыхательных путей, но и к появлению головной боли. При повышении концентрации гистамина в крови в результате отека слизистой оболочки дыхательных путей происходит спазм гладких мышц, гиперсекреция слизи, которая приобретает вязкие свойства, затрудняется дыхание. Этим неспецифическим действием гистамина объясняется значительная часть общих симптомов [5].

Ингаляционный путь поступления аллергенов в организм способствует нарушению барьерных свойств слизистой оболочки верхних дыхательных путей. Верхние дыхательные пути, в первую очередь нос и глотка, являются первым барьером, местом скопления и естественным проводником из окружающей среды в организм ингаляционных аллергенов.

Вследствие длительного контакта аллергенов со слизистой оболочкой формируются аллергические заболевания верхних дыхательных путей: АР, синусит, риносинусит, фарингит, ринофарингит, ларингит и фаринголарингит. Немаловажное значение в развитии аллергических заболеваний полости носа, глотки и гортани имеют связанные с микроклиматическими условиями нарушения адаптации организма к окружающей среде, способствующие проникновению аллергена в организм, нарушения температурного режима и влажности, сопутствующие заболевания дыхательных путей и прочие факторы [6].

Аллергическими называют те случаи ринита, в патогенезе которых ведущая роль принадлежит аллергии. АР является причиной снижения качества жизни, нарушения сна. К распространенным АР относится сезонный АР или поллиноз. В последние годы наблюдается увеличение числа пациентов, у которых поллиноз и аллергические заболевания дыхательных путей сопровождаются симптомами перекрестной пищевой аллергии (ПА). В настоящий момент доказано, что именно перекрестные реакции формируют клинические проявления аллергического воспаления. Перекрестные реакции между пылью и пищевыми аллергенами обусловлены наличием общих антигенных детерминант, содержащихся в этих аллергенах. В литературе представлены данные о том, что симптомы аллергии могут появиться в течение нескольких минут после приема пищи с вовлечением в процесс более одного органа (например, зуд или отек в полости рта, тошнота, рвота, боль в животе, диарея, АР, крапивница, бронхиальная астма, отек Квинке). Так, при сенсibilизации к пыльце березы, ольхи и лещины может возникать перекрестная ПА на лесные орехи, миндаль, яблоки, груши, вишню, абрикосы, персики, киви, сельдерей, картофель. Пациенты с сенсibilизацией к пыльце полыни нередко реагируют на сельдерей, картофель, фенхель, пастернак, анис, укроп, красный перец, семечки подсолнечника, напитки, при изготовлении которых используют полынь (вермут, бальзамы).

При поллинозе, обусловленном пылью подсолнечника, возможна ПА на подсолнечное масло, халву, майонез, горчицу. АР, вызванному амброзией, может сопутствовать непереносимость дыни и бананов. Аллергия на пыльцу злаков нередко сопровождается пищевой непереносимостью помидоров, дынь, земляного ореха, зерновых, сои. Тщательно собранный анамнез в этих случаях имеет принципиальное значение, поскольку пациенты с перекрестной ПА нуждаются в назначении не только антигистаминных препаратов, но и элиминационной диеты, а также в проведении специфического иммунологического лечения с подключением сублингвальной иммунотерапии, поскольку именно этот вид комплексного лечения является у них наиболее эффективным [1, 4, 9].

В Харьковской области отмечают три пика манифестации симптомов сезонного аллергического ринита (САР). Первый из них связан с цветением деревьев: березы, ольхи, орешника в конце марта – апреле. Второй пик наблюдается в июне – июле, когда начинают цвести злаковые травы – ежа сборная, тимофеевка, рожь, пшеница, овес. Третий пик связан с пылением сорных трав, в первую очередь полыни, которая начинает цвести в конце августа и заканчивает – в конце сентября.

АР – как круглогодичный, так и сезонный – является классическим примером IgE-опосредованной аллергической реакции. При этом, ранняя и поздняя фазы аллергической реакции определяются участием тучных клеток, эозинофилов, лимфоцитов, а также базофилов и эндотелиальных клеток.

Сбор анамнеза имеет первостепенное значение в диагностике АР. При расспросе пациента, как правило, удастся установить либо сезонный характер появления типичных симптомов ринита, либо их появление при контакте с определенными носителями аллергенов. Клинические проявления АР характеризуется такими классическими симптомами: щекотание в носу, приступообразное чихание, водянистые выделения из носа (ринорея), заложенность носа, головная боль, снижение обоняния, развитие конъюнктивита.

В последнее время в Украине активно проводится скрининг – тестирование смесями аллергенов, что позволяет увеличить выявляемость аллергических заболеваний на стадиях, когда реально возможна аллергенспецифическая иммунотерапия (АСИТ). Врачи аллергологического отделения Харьковской областной клинической больницы активно участвовали в проведении такого скрининга в районах Харьковской области. Использовались анкеты, разработанные МЗ Украины, содержащие жалобы больных на основные аллергические проявления. При выездах на места проводились прик-тесты с аллергенами – «микстами», анализировались результаты анкетирования. В итоге отбирались больные для более детального обследования и проведения АСИТ в условиях аллергологического отделения ОКБ.

В течение 2 лет проведено анкетирование во всех районах Харьковской области. Заполнено и проанализировано 1600 анкет в районах, что позволило в 42 % случаев первично выявлять аллергопатологию (больные ранее за медицинской помощью не обращались). Опрошено около

6300 жителей Харьковской области, среди них у 1017 выявлены симптомы АР, требующие детального обследования в аллергологической и отоларингологической клинике. В результате проведенной работы у жителей этих районов выявлялись симптомы положительной реакции на пыльцевые и бытовые аллергены при отсутствии жалоб в анамнезе, что позволило на ранних стадиях развития заболевания назначить АСИТ и тем самым предотвратить развитие манифестации аллергопатологии. Кроме того, имеются явные результаты по выявлению АР — среди обследованных 310 больных у 96 выявлены симптомы данной патологии. Всем этим больным в последующем были проведены развернутые аллергопробы, иммунологическое обследование, консультация отоларинголога. Части больным (63 %) назначена АСИТ, после которой отмечено снижение аллергических реакций (чихание, зуд в носу, ринорея) при контакте с аллергенами.

В диагностике АР определенное место занимает цитологическое исследование мазков и смывов из полости носа. Эти методы помогают в дифференциальной диагностике между АР (преобладание эозинофилов) и инфекционным ринитом (преобладание нейтрофилов), а также в оценке эффективности лечения АР.

Лечение АР комплексное и включает:

- предупреждение контакта с аллергенами;
- специфическую иммунотерапию;
- медикаментозную терапию.

Основополагающим в лечении и профилактике любого аллергического заболевания является элиминация аллергена, т.е. прекращение контакта пациента с ним. После уточнения спектра причинно-значимых аллергенов, независимо от того, какое аллергическое заболевание реализуется при их воздействии (бронхиальная астма, АР, конъюнктивит, атопический дерматит и др.), необходимо максимально исключить дальнейший контакт пациента с этими аллергенами. От соблюдения рекомендаций по элиминации аллергенов во многом зависит количество принимаемых противоаллергических препаратов, прогноз заболевания и качество жизни пациента.

В фармакотерапии АР используются пять основных групп лекарственных препаратов, причем место каждой из этих групп достаточно четко определено их механизмом действия на отдельные звенья патогенеза или симптомы заболевания.

1. Антигистаминные средства.
2. Кортикостероиды.
3. Стабилизаторы тучных клеток.
4. Сосудосуживающие препараты.
5. Антихолинэргические средства.

При выборе антигистаминного препарата больным с аллергическими реакциями необходимо обязательно учитывать следующие факторы:

- быстроту наступления эффекта;
- продолжительность действия, что определяет частоту приема препарата и в итоге зачастую — приверженность пациента к лечению;
- зависимость фармакокинетики препарата от приема пищи;
- выраженность тахифилаксии;

- селективность препарата.

Последний фактор обуславливает такие нежелательные моменты:

- влияние на секрецию слизи в дыхательных путях (например, больным БА не следует применять препараты, способствующие повышению вязкости мокроты);
- потенциальная нейротоксичность (седативный эффект);
- потенциальная кардиотоксичность (тахикардия, увеличение интервала Q—T, аритмия).

Хорошо зарекомендовал себя в профилактике и лечении антигистаминный препарат группы левоцетиризинов Гленцет, сочетающий преимущества противоаллергических препаратов старого и нового поколения. Его эффект развивается уже через 12 минут после приема таблетки, и пациент чувствует заметное улучшение состояния. Действие Гленцета не зависит от приема пищи, он быстро всасывается в кишечнике, не подвергается метаболизму в печени, и через 30–60 минут в плазме достигается максимальная концентрация препарата. Благодаря быстрому развитию лечебного действия и высокой эффективности Гленцет может с успехом применяться для лечения АР. Продолжается действие Гленцета в течение 24 часов, что позволяет принимать его 1 раз в сутки и без возникновения сонливости. Клинические исследования, проведенные ранее, показали, что новый антигистаминный препарат Гленцет не оказывает действия на сердечно-сосудистую систему [7, 10, 11].

Цель исследования: изучить влияние нового препарата Гленцет (левоцетиризин) на течение аллергического ринита.

### Материалы и методы исследования

Авторами было проведено клиническое исследование эффективности Гленцета у 29 больных (12 женщин и 16 мужчин), находившихся на лечении в аллергологическом отделении Харьковской областной клинической больницы. Возраст пациентов колебался от 19 до 58 лет, длительность заболевания — от 3 до 32 лет. Среди сопутствующих заболеваний аллергический конъюнктивит был отмечен у 6 больных. Гленцет назначали по 5 мг 1 раз в сутки в период максимальных клинических проявлений АР. Продолжительность курса лечения — 21 день.

Для объективной оценки эффективности и безопасности препарата использовали следующие методы исследования: клинический анализ крови; подсчет количества эозинофилов в мазках-отпечатках со слизистой оболочки носа, определение гистамина, IgE; ЭКГ, контроль артериального давления (АД) и частоты сердечных сокращений (ЧСС).

### Результаты и их обсуждение

Оценку результатов лечения проводили врач и пациент по 5-балльной шкале: 4 — отличный результат, все симптомы АР исчезли; 3 — хороший результат, почти все симптомы исчезли, но 1–2 из них сохраняются, хотя стали менее выраженными; 2 — удовлетворительный результат, исчезновение или регрессия большей части симптомов АР; 1 — отсутствие эффекта; 0 — ухудшение.

# Гленцет – свобода від алергії

## ПОКАЗАННЯ ДО ЗАСТОСУВАННЯ:

- симптоматичне лікування алергічних ринітів, у тому числі цілорічних алергічних ринітів;
- хронічна ідіопатична кропив'янка.



Реєстраційне посвідчення МОЗ України № UA/11243/01/01 від 13.12.10.

**Представництво Гленмарк Фармасьютикалз Лтд в Україні:**  
вул. Іллінська, 8, під'їзд №3, поверх 4, м. Київ, 04070, Україна  
Тел./факс: +38 044 531-34-48/45, [www.glenmarkpharma.com](http://www.glenmarkpharma.com)

Реклама лікарського засобу призначена для розміщення у спеціалізованих виданнях для медичних установ і лікарів, а також для розповсюдження на семінарах, конференціях, симпозиумах з медичної тематики.  
З повною інформацією про препарат можна ознайомитися в інструкції для медичного застосування. \*\*\*

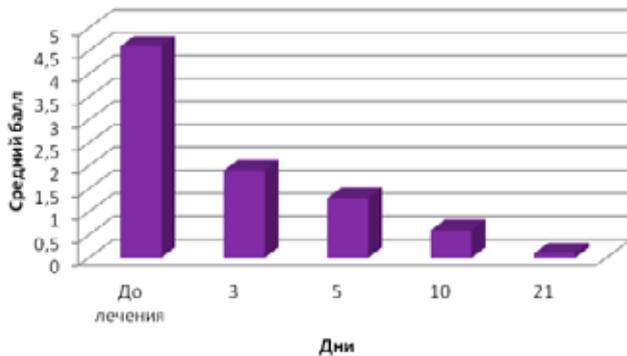


Рисунок. Результати терапії препаратом Гленцет

Уже через 3 дня приема препарата 70 % пациентов отмечали уменьшение заложенности носа, кашля, проявления конъюнктивита (рисунок).

В 63 % случаев эффект был достигнут на 3-и сутки. У 2 (6,8 %) пациентов сохранялась ринорея, затрудненное дыхание, в комплекс проводимой терапии у данных больных были добавлены топические кортикостероиды. Уровень сывороточного гистамина во всей группе обследованных больных до лечения составлял  $(2,01 \pm 0,19)$  мкМ/л, после лечения –  $(0,81 \pm 0,20)$  мкМ/л ( $p < 0,05$ ).

При исследовании мазков-отпечатков со слизистой оболочки носа до лечения эозинофилы были обнаружены у всех пациентов (100 %), а по окончании курса лечения – у 2 (6,9 %). Изменений при исследовании ЭКГ, АД и ЧСС выявлено не было.

## Выводы

Гленцет оказался эффективным у всех больных. Отличный результат отмечен у 18 (62 %), хороший – у 11 (38 %) пациентов. Ухудшения не наблюдалось.

Полученные результаты позволяют рекомендовать Гленцет как один из современных препаратов для лечения больных АР с учетом его эффективности и безопасности.

## Список литературы

1. Дитятковська, Є. М. Особливості сенсibilізації у хворих на поліноз в м. Дніпропетровськ [Текст] / Є. М. Дитятковська // Ринологія. – 2011. – № 2. – С. 17–20.
2. Зайков, С. В. Современные представления о лечении поллиноза [Текст] / С. В. Зайков // Клінічна імунологія. Алергологія. Інфектологія. – 2008. – № 3 (14). – С. 49–54.
3. Пухлик, Б. М. 100-летие аллерген-специфической иммунотерапии аллергических заболеваний [Текст] / Б. М. Пухлик // Клініч. імунологія. Алергологія. Інфектологія. – 2011. – Спецвип. № 2. – С. 6–10.
4. Романюк, Л. І. Стан гуморального імунітету та процеси аутоімунізації у хворих на поліноз з перехресною харчовою алергією в процесі специфічної імунотерапії [Текст] / Л. І. Романюк // Імунологія та алергологія. 2009. – № 2–3. – С. 84–88.
5. Федоскова, Т. Г. Основные принципы диагностики и лечения круглогодичного аллергического ринита [Текст] / Т. Г. Федоскова // РМЖ. – 2007. – № 7. – С. 2–6.
6. Хаитов, Р. М. Клиническая алергологія. Руководство для практик. врачей [Текст] / Р. М. Хаитов. – М. : МЕДпресс-информ, 2002. – 623 с.
7. Blic, J. Levocetirizine in children: evidenced efficacy and safety in a 6-week randomized seasonal allergic rhinitis trial [Text] / J. Blic, U. Wahn, E. Billard et al. // *Pediatr. Allergy Immunol.* – 2005. – Vol. 16. – P. 267–275.

8. Holgate, S. T. The epidemic of allergy and asthma [Text] / S. T. Holgate // *J. Nature.* – 2009. – Vol. 402. – P. 2–4.

9. Nathan, R. A. The burden of allergic rhinitis [Text] / R. A. Nathan // *Allergy Asthma Proc.* – 2007. – Vol. 28. – P. 3–9.

10. Pasquali, M. Levocetirizine in persistent allergic rhinitis and asthma: effects on symptoms, quality of life and inflammatory parameters [Text] / M. Pasquali, I. Baiardini, A. Rogkakou et al. // *Clin. Exp. Allergy.* – 2006. – Vol. 36. – P. 1161–1167.

11. Smurthwaite, L. Persistent IgE synthesis in the nasal mucosa of hay fever patients [Text] / L. Smurthwaite, S. N. Walker, D. R. Wilson et al. // *Eur. J. Immunol.* – 2001. – Vol. 31. – P. 3422–3431.

## НОВІ МОЖЛИВОСТІ ЛІКУВАННЯ АЛЕРГІЧНОГО РИНИТУ

Т. В. Бездітко

**Резюме.** При виборі антигістамінного препарату хворим з алергічними реакціями необхідно обов'язково враховувати такі фактори: швидкість настання ефекту, тривалість дії, залежність фармакокінетики від прийому їжі, вираженість тахіфілаксії, селективність препарату. Добре зарекомендував себе у профілактиці та лікуванні антигістамінний препарат групи левоцетиризину Гленцет, який поєднує в собі переваги протиалергічних препаратів старого і нового покоління.

**Мета дослідження:** вивчити вплив нового препарату Гленцет (левоцетиризин) на перебіг алергічного риніту.

Авторами було проведено обстеження у 29 хворих, тривалість захворювання – від 3 до 32 років протягом 21 дня. Оцінку результатів лікування проводили лікар (на підставі об'єктивних і лабораторних даних) і пацієнт (оцінюючи свій стан за 5-бальною шкалою).

У результаті проведеного лікування відмінний результат відзначено у 18 (62 %), добрий – у 11 (38 %) хворих. Погіршення не спостерігалось. Отримані результати дозволяють рекомендувати Гленцет як один із сучасних препаратів для лікування хворих з алергічним ринітом з урахуванням його ефективності та безпеки.

**Ключові слова:** алергічний риніт, ефективність лікування, левоцетиризин.

Науково-практичний журнал «Астма та алергія», 2014, № 2

Т. В. Бездітко

Обласна клінічна лікарня,

61202, Україна, м. Харків, вул. Ахсарова, 20а,

тел.: 38(067)732-06-27;

e-mail: allergologia@yandex.ru

## NEW TREATMENT OF ALLERGIC RHINITIS

T. V. Bezditko

**Abstract.** When choosing an antihistamine for patients with allergic reactions necessary to consider the following factors: the speed of onset of effect, duration of action, dependence of the pharmacokinetics of the meal, severity of tachyphylaxis and the selectivity of the drug. Well in the prevention and treatment of antihistamine levocetirizine Glencet which combines the advantages of antiallergic drugs old and new generation.

**Objective:** to study the effect of a new drug Glencet (levocetirizine) for an allergic rhinitis. We examined 29 patients, disease duration from 3 to 32 years for 21 days. Evaluation of the results of treatment by a doctor (on the basis of objective and laboratory data) and patient (evaluating their condition on a 5-point scale).

As a result of the treatment of a great result was observed in 18 (62 %), good – in 11 (38 %) patients. Deterioration was observed. The obtained results allow us to recommend Glencet for patients as one of the modern drugs based on its efficacy and safety.

**Key words:** allergic rhinitis, treatment efficiency, levocetirizine.

Theoretical and practical J. «Asthma and Allergy», 2014, 2

T. V. Bezditko

Regional Hospital,

61202, Ukraine, Kharkov, Ahsarova street, 20a,

tel.: 38(067)732-06-27;

e-mail: allergologia@yandex.ru

\*\*\*