

СУЧАСНІ СТРАТЕГІЇ ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ АЛЕРГІЧНОГО РИНИТУ

С. В. Зайков

Національна медична академія післядипломної освіти ім. П. Л. Шупика

На думку експертів ВООЗ, алергічний риніт (АР) є глобальною проблемою охорони здоров'я, що обумовлено: 1) високою поширеністю (20-40% населення світу); 2) суттєвим зниженням якості життя хворих, включаючи працездатність, здатність до навчання, відпочинку, порушення сну; 3) нанесеними економічними збитками (млрд. дол. США); 4) зв'язком з синуситами, кон'юнктивітом та ін.; 5) трансформацією АР у значної частини хворих в астму.

Основні методи діагностики АР на даний час базуються на збиранні скарг, анамнезу, виявлення можливих спадкових факторів, оцінці умов довкілля, виявлення супутніх захворювань, фізикальному обстеженні (пошук коморбідних станів — астма, дерматит, апное, отит, риносинусит), визначенні рівня алергенспецифічних IgE (шкірні і/або лабораторні тести з алергенами для розмежування АР і неалергічного риніту), назальних провокаційних тестах з алергенами, дослідженні функції зовнішнього дихання для виключення або підтвердження супутньої бронхіальної астми. Алергологічна діагностика «in vivo» проводиться лікарем-алергологом методом шкірного тестування (прик-тест) з алергенами. Специфічна алергодіагностика in vitro включає метод імуноферментного аналізу (ІФА), радіоалергосорбентний тест (РАСТ), реакцію специфічного вивільнення гістаміну з базофілів периферійної крові, хемілюмінесцентний аналіз, метод імунофлюоресценції, ImmunoCAP FADIA, ImmunoCAP ISAC.

Додаткові методи діагностики полягають у проведенні цитологічного дослідження мазків-відбитків і змивів з носа, ендоскопічного дослідження порожнини носа, активної передньої риноманометрії та акустичної ринометрії, пикової швидкості вдиху через ніс (пиковий назальний інспіраторний потік), дослідженні порогів нюху і мукоциліарного транспорту, рентгенографії, комп'ютерної томографії порожнини носа і додаткових пазух (при ускладнених формах риніту), бактеріологічного дослідження матеріалу із слизової оболонки носа.

Лікування пацієнта з АР повинно бути комплексним і включати в себе: 1) освіту пацієнтів; 2) елімінацію алергенів; 3) алергенспецифічну імунотерапію (АСІТ); 4) фармакотерапію. Уникнення контакту з алергенами (рівень доказів — клас В) може бути ефективним у випадку сезонного АР, при алер-

гії до кліщів, тарганів, свійських тварин, професійних алергенів. Але слід враховувати, що контакт з кліщовими алергенами вдома зменшити важко, систематичний огляд досліджень щодо уникнення контакту з кліщами домашнього пилу при АР продемонстрував, що проведені дослідження, як правило, невеликі та недостатньо якісні методологічно, масштабні дослідження поєднання різних методів зменшення контакту з пиловими кліщами не проводились, але, імовірно, повинні охоплювати заходи щодо зменшення кількості кліщів у автомобілях, школі та на робочих місцях.

АСІТ при АР (підшкірна, сублінгвальна: рівень доказів — клас А) є перспективним методом лікування відповідних категорій пацієнтів. Значна кількість клінічних досліджень довела ефективність та безпеку застосування АСІТ при АР як щодо клінічної ефективності, зменшення обсягу терапії, так і щодо прогресування захворювання та покращання якості життя. Так, продемонстровано, що для деяких алергенів (кліщові, пилкові) ефективність АСІТ становить 80–90%. При цьому помітне покращання пацієнтів не спостерігається одразу, а настає через деякий час (протягом 6-12 міс після початку терапії), тому дана терапія має тривати від 3 до 5 років.

Фармакотерапія на першому етапі терапії АР є ключовою для пацієнта, якому важливо якомога швидше досягти контролю над симптомами захворювання, що дасть змогу покращити якість життя і повернутися до нормального рівня дієздатності та активності. Фармакотерапію з успіхом поєднують з іншими методами лікування, в тому числі з АСІТ, коли в цьому є потреба. Існує високий рівень доказів для використання при АР інтраназальних кортикостероїдів (ІКС — клас доказів А), оральних антигістамінних препаратів (АГП — клас А), інтраназальних АГП (клас А), їх комбінації (клас А), назальних сольових розчинів (клас А), блокаторів лейкотрієнових рецепторів (клас А), омалізумабу (клас А), системних і топічних деконгестантів (клас В), системних кортикостероїдів (клас В).

В останні роки все частіше з метою лікування пацієнтів з АР використовуються інтраназальні АГП, зокрема азеластин. Дані досліджень підтверджують більш швидку дію назального спрею азеластину для полегшення симптомів сезонного АР, ніж у пероральних АГП. Швидке зниження

симптомів у поєднанні з порівнянним рівнем клінічної ефективності дозволяє рекомендувати азеластин у вигляді назального спрею для використання в якості альтернативи пероральним АГП при лікуванні сезонного АР. Застосування назального спрею азеластину протягом 30 днів не викликає статистично вагомого впливу на кількісний та якісний склад мікрофлори слизової оболонки порожнини носа та носової частини глотки. Комбінація ІКС та інтраназального АГП більш ефективна, ніж монотерапія АР ІКС або інтраназальним АГП. Отже, для пацієнтів, у яких не досягнутий контроль симптомів АР одним препаратом використання фіксованої комбінації (ІКС та інтраназального АГП, наприклад, азеластину та мометазону у вигляді назального спрею

(Гленспрей Актив) є ефективною опцією. Доведено, що додавання АГП азеластину до топічного ГКС прискорює розвиток ефекту останнього. Тому сучасні рекомендації ведення пацієнта з АР на етапі вторинної допомоги пропонують використання комбінації ІКС і азеластину (один пристрій, препарат Гленспрей Актив) в якості альтернативи препаратам першої лінії (монотерапія ІКС і/або АГП) у пацієнтів з симптомами помірної тяжкості.

Таким чином, АР відноситься до числа поширених захворювань, з яким часто доводиться зустрічатися лікарям різного фаху, а в його лікуванні головне місце належить елімінаційним заходам, ІКС, АГП та АСІТ.