

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С АЛЛЕРГИЧЕСКИМ РИНИТОМ В РЕАЛЬНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ (НА ОСНОВЕ АНАЛИЗА БАЗЫ ДАННЫХ)

Д.А. Волкова¹, О.В. Скороходкина¹, А.В. Лунцов², Г.Р. Бикчантаева²
¹ Казанский государственный медицинский университет
² Республиканская клиническая больница Республики Татарстан

Адрес для переписки:

Волкова Дарья Александровна, volkdash190296@gmail.com

Ключевые слова:

аллергический ринит, диагностика, фармакотерапия, аллерген-специфическая иммунотерапия, реальная клиническая практика

Резюме

Несомненным достижением в решении глобальной проблемы аллергического ринита является наличие большой базы фундаментальных и клинических исследований, актуализация их в виде текущих международных согласительных документов и отечественных клинических рекомендаций. Тем не менее анализ наблюдений реальной клинической практики позволяет получать дополнительную информацию о степени внедрения современных достижений, путях оптимизации диагностического и лечебного процесса. В нашем исследовании представлены результаты анализа базы данных 251 пациента с аллергическим ринитом, созданной по наблюдениям в реальной клинической практике. Проведен детализированный анализ диагностического процесса и лечебных мероприятий. Получены данные о распределении пациентов по степени тяжести заболевания, особенностях диагностики, в том числе применения валидизированной визуальной аналоговой шкалы, спектре сенсibilизации, коморбидных состояниях. В свою очередь, особенности назначения фармакотерапии и применения аллерген-специфической иммунотерапии проанализированы на предмет их соответствия степени тяжести и ступенчатому подходу к лечению согласно клиническим рекомендациям.

Для цитирования:

Волкова Д.А., Скороходкина О.В., Лунцов А.В., Бикчантаева Г.Р. Диагностика и лечение пациентов с аллергическим ринитом в реальной клинической практике (на основе анализа базы данных). Практическая аллергология. 2023; 2: 68–74. DOI 10.46393/27129667_2023_2_68

DIAGNOSIS AND TREATMENT OF PATIENTS WITH ALLERGIC RHINITIS IN REAL CLINICAL PRACTICE (BASED ON DATABASE ANALYSIS)

D.A. Volkova¹, O.V. Skorokhodkina¹, A.V. Luntsov², G.R. Bikchantayeva²
¹ Kazan State Medical University
² Republican Clinical Hospital of the Republic of Tatarstan

For correspondence:

Daria A. Volkova, volkdash190296@gmail.com

Key words:

allergic rhinitis, diagnosis, pharmacotherapy, allergen-specific immunotherapy, real clinical practice

For citation:

Volkova D.A., Skorokhodkina O.V., Luntsov A.V., Bikchantayeva G.R. Diagnosis and treatment of patients with allergic rhinitis in real clinical practice (based on database analysis). Practical Allergology. 2023; 2: 68–74. DOI 10.46393/27129667_2023_2_68



Summary

The presence of a large base of fundamental and clinical research, their updating in the form of current international consensus documents and national clinical recommendations is an undoubted achievement in solving the global problem of allergic rhinitis. However, analysis of observations from real clinical practice allows us to obtain additional information about the degree of implementation of modern advances and ways to optimize the diagnostic and treatment process. Our study presents the results of an analysis of a database of 251 patients with allergic rhinitis, created on observations in real clinical practice. A detailed analysis of the diagnostic process and treatment measures was carried out. The distribution of patients according to the severity of the disease, diagnostic features, including the use of a validated VAS scale, the spectrum of sensitization, and comorbid conditions were obtained. In turn, the features of the prescription of pharmacotherapy and the use of AIT were analyzed for their compliance with the degree of severity and a stepwise approach to treatment according to clinical recommendations.

Аллергический ринит (АР) является одним из наиболее распространенных хронических заболеваний [1, 2], этиология и патогенез которого в настоящее время хорошо изучены [2, 3]. Достигнутые успехи в понимании IgE-зависимого механизма формирования хронического воспаления при развитии АР позволили разработать современные подходы к терапии заболевания, которые предполагают возможность использования препаратов различных фармакологических групп (блокаторов H1-гистаминовых рецепторов, топических глюкокортикостероидов (ГКС), антилейкотриеновых препаратов (АЛП)), а также применение омализумаба и аллерген-специфической иммунотерапии (АСИТ). Благодаря влиянию на различные этапы патогенеза заболевания представленные методы лечения позволяют достичь высокого клинического эффекта у большинства пациентов с АР [4].

В настоящее время на основе данных рандомизированных плацебо-контролируемых клинических исследований убедительно показана роль и определено место отдельных классов фармакотерапевтических препаратов в ступенчатом подходе к лечению АР [5, 6]. Тем не менее, несмотря на существующие достижения в ведении пациентов с АР, анализ данных реальной клинической практики, а также недавно проведенные эпидемиологические исследования свидетельствуют об актуальности ряда нерешенных вопросов. Так, высокая распространенность АР в популяциях продолжает ассоциироваться с гиподиагностикой заболевания [7]. При этом проблема поздней диагностики АР рассматривается в нескольких аспектах: часто имеет место отсроченное обращение пациентов за медицинской помощью, несмотря на существующие длительные симптомы заболевания, особенно при его интермиттирующем течении. Кроме того, на исходы АР может оказывать влияние и недооценка степени тяжести проявлений заболевания в первую очередь врачами первичного звена, а также (в меньшей степени) врачами узких специальностей – оториноларингологами, аллергологами-иммунологами. Неадекватная оценка состояния пациента приводит к выбору неоптимальной тактики лечения и невозможности достижения контроля заболевания [8], что связано

с доказанным негативным влиянием на качество жизни пациентов. Проведенные многочисленные исследования в этой области показывают, что симптомы АР значительно влияют на различные сферы жизнедеятельности пациентов: работоспособность, возможность эффективного обучения и др., что в совокупности ассоциируется с высокими фармакоэкономическими расходами и, соответственно, косвенными потерями на государственном уровне [8, 9]. В связи с этим особую актуальность приобретают данные по анализу эффективности различных стратегий патогенетической терапии АР, включая дифференцированный подход к назначению разных классов фармакологических препаратов и АСИТ.

Несмотря на убедительные результаты исследований, доказывающих важность раннего назначения АСИТ в стратегии лечения АР, ее очевидные преимущества по сравнению с использованием медикаментозной терапии, этот метод далеко не всегда успешно применяется в условиях реальной клинической практики [10]. Кроме того, при определении комплексной терапии АР нередко недооценивается наличие сопутствующих заболеваний, хотя известно, что АР в значительном числе случаев имеет взаимосвязь с широким спектром коморбидной патологии (аллергический конъюнктивит, бронхиальная астма, другая лор-патология) [11]. В связи с этим актуален анализ диагностических и лечебных подходов в ведении пациентов с АР, существующих в реальной клинической практике. Следует отметить, что в настоящее время одним из активно используемых инструментов объективной оценки значимости отдельных диагностических и/или терапевтических параметров у пациентов с различной патологией является изучение баз данных. Известны результаты анализа больших баз данных систем здравоохранения в странах Европейского союза, других государств, которые позволяют оценить эффективность современных подходов в решении проблем, касающихся АР [9, 12]. Получение дополнительных результатов анализа данных реальной клинической практики отечественного здравоохранения также позволит определить пути оптимизации диагностики и лечения АР.

Цель – на основе изучения «Базы данных показателей клинической и специфической диагностики



аллергического ринита с характеристикой вариантов проводимой терапии» [13] проанализировать диагностические подходы, а также терапевтические мероприятия у пациентов с АР в реальной клинической практике.

Материал и методы

Проведен анализ медицинской документации 251 пациента в возрасте от 18 до 72 лет (32 [23; 44]), наблюдавшихся в республиканском центре клинической иммунологии ГАУЗ «РКБ МЗ РТ» в 2022 г. с диагнозом АР (J30.1, J30.3), из них 136 женщин и 115 мужчин.

Диагноз заболевания устанавливался в соответствии со стандартом диагностики АР, который включал общеклинические методы обследования: анализ данных анамнеза, объективный осмотр, оценку данных лабораторных методов исследования (общий анализ крови с подсчетом лейкоцитарной формулы, риноцитограмма), а также инструментальных методов (передняя риноскопия при осмотре оториноларингологом, по показаниям эндоскопическое исследование полости носа; пациентам, у которых АР сочетался с симптомами бронхиальной астмы, – оценка функции внешнего дыхания с использованием теста с β_2 -адреномиметиком). Одновременно с общеклиническим обследованием всем пациентам проведено специфическое аллергологическое обследование, включавшее постановку скарификационных кожных проб (КСП) с неинфекционными аллергенами, а также исследование уровня общего иммуноглобулина Е (IgE) и специфических IgE (sIgE) методом иммуноферментного анализа. Кроме того, дополнительно на первичном приеме пациентам с установленным диагнозом АР осуществ-

влена оценка влияния симптомов АР на общее самочувствие с использованием визуальной аналоговой шкалы (ВАШ), которая, как известно, представляет собой градуированную шкалу от 0 до 10 см. Таким образом, пациент оценивал степень выраженности симптомов АР: заложенности носа, чихания, ринореи, зуда в полости носа – от 0 до 10 баллов, где 0 – отсутствие жалоб и симптомов, а 10 – максимально выраженные проявления АР. Согласно актуальным клиническим рекомендациям, ВАШ может быть использована для оценки выраженности симптомов не только для контроля эффективности лечения АР, но и на старте терапии заболевания [1].

После установления диагноза АР всем пациентам была назначена патогенетическая медикаментозная терапия. В последующем 49 пациентов получали АСИТ.

Таким образом, нами была сформирована и зарегистрирована «База данных показателей клинической и специфической диагностики аллергического ринита с характеристикой вариантов проводимой терапии» (свидетельство № 2023620660 от 21.02.2023).

Статистическую обработку полученных данных проводили с использованием программного пакета Statistica 12.0. Описательный анализ включал расчет медианы и квартилей (Me [Q1; Q3]). Сравнительный анализ основывался на определении достоверности разницы показателей по U-критерию Манна–Уитни. Критический уровень значимости (p) при проверке статистических гипотез в исследовании принимали равным 0,05.

Результаты

Анализ полученных результатов показал, что дебют АР в детском возрасте (до 18 лет) произошел у 100 (39,8%) пациентов и соответствовал 12 [10; 16] годам. При этом длительность периода от дебюта заболевания до постановки диагноза АР в среднем составляла 7 [3; 12] лет. У подавляющего числа пациентов, обратившихся к аллергологу, – 210 (83,6%) – наблюдалось персистирующее течение АР, и только в 41 (16,4%) случае была диагностирована интермиттирующая форма заболевания. При этом более чем у половины наблюдаемых пациентов – 135 (53,7%) – АР имел среднетяжелое течение, а у 116 (46,2%) пациентов выявлено легкое течение заболевания. По частоте встречаемости отдельных симптомов АР обнаружено, что практически все пациенты на момент осмотра указывали на наличие заложенности носа (250 (99,6%)) и ринореи (239 (95,6%)), которые сопровождались приступообразным чиханием у 207 (82,8%) пациентов и зудом в полости носа у 162 (64,8%) (табл. 1). При этом ожидаемым оказался результат ВАШ исходно у пациентов с персистирующим АР среднетяжелого течения, зафиксированный при первичном осмотре, который был достоверно выше указанного параметра, полученного у пациентов, имеющих легкое течение заболевания (6,6 [6; 7] и 5 [4; 5] соответственно, $p = 0,0001$). В то же время при анализе

Таблица 1. Клиническая характеристика пациентов с аллергическим ринитом (n = 251)

Показатели	Значение
Возраст, лет, Me [Q1; Q3]	32 [23; 44]
Возраст дебюта АР, лет, Me [Q1; Q3]	23 [14; 33]
Период времени от дебюта до постановки диагноза, лет, Me [Q1; Q3]	7 [3; 12]
Пол, абс. (%): • женщины • мужчины	136 (54,2) 115 (45,8)
Течение АР, абс. (%): • интермиттирующее • персистирующее	41 (16,4) 210 (83,6)
Степень тяжести АР, абс. (%): • легкая • средняя	116 (46,2) 135 (53,8)
Частота встречаемости симптомов АР, абс. (%): • заложенность носа • ринорея • чихание • зуд в полости носа	250 (99,6) 239 (95,6) 207 (82,8) 162 (64,8)
Сопутствующая патология, абс. (%): • аллергический конъюнктивит • atopическая бронхиальная астма • atopический дерматит	111 (44,2) 31 (12,3) 17 (6,7)
Отягощенная наследственность по аллергическим заболеваниям, абс. (%)	122 (48,6)
Другие сопутствующие заболевания, абс. (%): • хронический полипозный риносинусит • инфекционный ринит • медикаментозный ринит	5 (1,9) 3 (1,2) 4 (1,6)

субъективной оценки симптомов АР по ВАШ у пациентов с интермиттирующей формой заболевания достоверной разницы указанного параметра у пациентов с легким и среднетяжелым течением ринита не выявлено. Показатели ВАШ не превышали 3 [3; 3] и 3 [3; 4] баллов соответственно ($p = 0,26$). Кроме того, при анализе показателей ВАШ у пациентов с персистирующим и интермиттирующим АР, имеющим одинаковую степень тяжести течения заболевания, установленную согласно актуальной классификации АР [1], обнаружены некоторые несоответствия. Так, при персистирующем АР легкой степени тяжести средний балл ВАШ – 5 [4; 5] – был достоверно выше в сравнении с пациентами, имеющими интермиттирующее течение заболевания той же степени тяжести, – 3 [3; 3] балла ($p = 0,000031$). Аналогичные данные получены при сравнении степени выраженности симптомов АР по ВАШ интермиттирующего и персистирующего АР средней степени тяжести (3 [3; 4]; 5 [4; 5] соответственно, $p = 0,000001$) (табл. 2).

Следует отметить, что у значительного числа наблюдаемых пациентов АР сочетался с другими аллергическими заболеваниями. Так, у 111 (44,2%) пациентов аллергическому риниту сопутствовал аллергический конъюнктивит, а у 17 (6,7%) пациентов наблюдались симптомы атопического дерматита. Важно отметить, что у 31 (12,3%) АР сопутствовала бронхиальная астма. При этом по данным анамнеза практически у половины пациентов с АР (122 (48,6%)) выявлена отягощенная наследственность по аллергическим заболеваниям. Существенно реже встречались другие сопутствующие заболевания. Так, 5 (1,9%) пациентов страдали хроническим полипозным риносинуситом, у 3 (1,2%) диагностирован ринит инфекционного происхождения, а у 4 (1,6%) отмечался сопутствующий медикаментозный ринит (см. табл. 1).

Согласно современным клиническим рекомендациям, всем пациентам с АР в рамках общеклинического обследования с целью верификации диагноза необходимо проведение общего анализа крови и риноцитогаммы [1]. В нашем исследовании общий анализ крови с подсчетом лейкоцитарной формулы был проведен только 158 (62,9%) пациентам. При этом эозинофилия, достигающая 7% [6; 9,8], была выявлена в 28 (17,7%) случаях. Кроме того, обращает на себя внимание, что риноцитогамма была проведена лишь 6 (2,4%) пациентам.

Важным этапом диагностического алгоритма АР является фиксация объективных признаков заболевания, а также возможных анатомических особенностей полости носа при проведении визуального осмотра врачом-оториноларингологом. В нашем исследовании консультацию оториноларинголога получили только 60 (23,9%) пациентов. В ходе проведения передней риноскопии выявлено, что практически все пациенты (56 (93,3%)) имели слизистое отделяемое из полости носа, у 52 (86,7%) пациентов определялась отечность слизистых средних и нижних носовых раковин, а у 23 (38,3%)

Таблица 2. Сравнительная характеристика оценок по ВАШ с учетом течения и степени тяжести АР

Интермиттирующее течение АР (n = 41)	ВАШ, Ме [Q1; Q3]	Персистирующее течение АР (n = 220)	ВАШ, Ме [Q1; Q3]	p
Легкой степени тяжести	3 [3; 3]	Легкой степени тяжести	5 [4; 5]	0,000031
Средней степени тяжести	3 [3; 4]	Средней степени тяжести	6 [6; 7]	0,000001
p	0,26		0,0001	

* $p < 0,05$.

Примечание. Статистическая значимость рассчитана с использованием теста Манна – Уитни.

имелась гипертрофия слизистой в указанных отделах. В половине случаев (34 (56,6%)) выявлено искривление носовой перегородки – у 18 (52,9%) пациентов вправо, у 11 (32,3%) – влево, а у 5 (14,7%) – двустороннее смещение носовой перегородки. Кроме того, у 3 (5%) пациентов определялась деформация наружного носа. В последующем вследствие наличия указанных изменений по данным передней риноскопии 23 (38,3%) пациентам проведено эндоскопическое исследование полости носа, по данным которого выявлено, что у 17 (73,9%) пациентов наряду с искривлением носовой перегородки определялся гребень, а у 5 (21,7%) присутствовало сочетание гребня и шипа носовой перегородки. Кроме того, у 1 (4,3%) пациента диагностировано полипозное разрастание слизистой в полости носа. Таким образом, дополнительное эндоскопическое исследование полости носа позволило детализировать имевшиеся у пациентов структурные отклонения, что принципиально важно для выбора дальнейшей тактики лечения.

Аллергологическое обследование показало, что у значительной части пациентов с АР – 181 (72,1%) – имелась сенсibilизация к пыльцевым аллергенам, из них более чем у половины – 142 (56,6%) – выявлена сенсibilизация к аллергенам пыльцы деревьев. Сенсibilизация к аллергенам луговых и сорных трав наблюдалась также в значительном числе случаев (87 (34,7%) и 94 (37,5%) соответственно). При этом сенсibilизация к бытовым и эпидермальным аллергенам наблюдалась несколько реже и отмечалась у 89 (35,5%) и 69 (27,5%) пациентов соответственно. У небольшого количества пациентов (15 (6%)) отмечена сенсibilизация к аллергенам плесневых грибов (рис. 1).

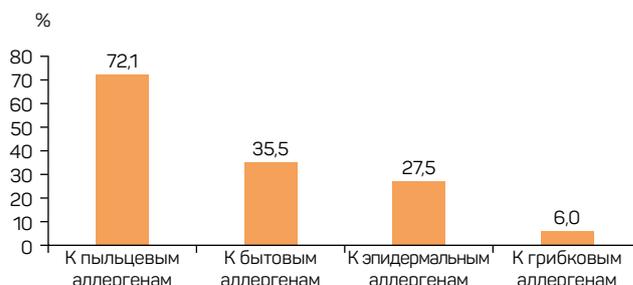


Рис. 1. Структура сенсibilизации к основным группам аллергенов у пациентов с аллергическим ринитом

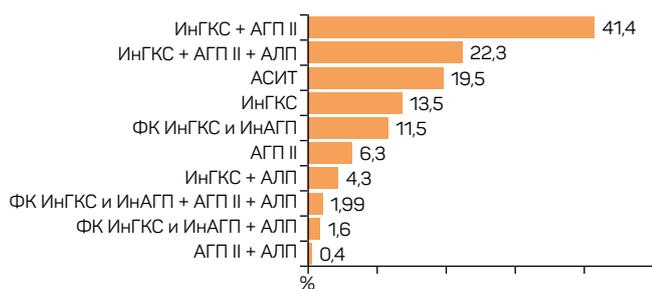


Рис. 2. Терапевтические подходы к лечению у пациентов с аллергическим ринитом в реальной клинической практике

Кроме того, известно, что специфическое аллергологическое обследование предполагает наряду с постановкой тестов *in vivo* использование тестов *in vitro*, в том числе определение sIgE. Согласно актуальным рекомендательным документам, указанный метод должен быть использован в первую очередь при наличии противопоказаний к проведению кожного тестирования или при расхождении данных анамнеза с результатами КСП [1]. В нашем исследовании также наблюдались подобные клинические ситуации, в связи с которыми исследование sIgE было назначено 35 (14%) пациентам с целью выявления сенсibilизации к аллергенам пыльцы деревьев, 15 (6%) больным – к аллергенам луговых трав и 23 (9,2%) пациентам – к аллергенам сорных трав.

Кроме того, обязательным являлось исследование sIgE у пациентов с подозрением на наличие сенсibilизации к группе бытовых аллергенов и/или аллергенам животных ввиду объективных причин, связанных с отсутствием на территории России с 2021 г. диагностических аллергенов указанных групп для постановки кожных проб. В результате определение соответствующих sIgE позволило подтвердить сенсibilизацию к аллергенам клещей домашней пыли у 89 (35,5%) пациентов, у 58 (23,1%) пациентов была выявлена сенсibilизация к эпителию кошки, а у 15 (6%) – к эпителию собаки. Важно отметить, что полисенсibilизация наблюдалась у подавляющего числа пациентов – 197 (78,4%), из которых явления полиаллергии отмечались у 166 (85%) пациентов. Моносенсibilизация зарегистрирована только в 54 (22%) случаях.

Исследование уровня общего IgE проведено 133 (53%) пациентам. Повышенный уровень выявлен у 99 (74,4%) человек и составил 321,8 [208; 500] МЕ/мл.

Установленный диагноз АР предполагал назначение одного из вариантов патогенетической терапии. Подавляющая часть пациентов – 104 (41,4%) – независимо от степени тяжести заболевания в качестве стартовой терапии получали интраназальные глюкокортикостероиды (ИнГКС) в сочетании с антигистаминными препаратами II поколения (АГП II) *per os*. Монаотерапию ИнГКС получали 34 (13,5%) пациента, а 16 (6,3%) пациентам были назначены исключительно АГП II *per os*. При этом ожидаемо, что пациентам, имеющим среднетяжелое течение

АР, наиболее часто назначалась комбинация ИнГКС и АГП II – 57 (42,2%) случаев. В то же время обращает внимание, что указанный вариант терапии назначался в значительном числе случаев пациентам и с легким течением заболевания (47 (40,5%)), хотя легкое течение АР предполагает возможность назначения одного из препаратов, регламентированных ступенями терапии I–II. В нашем исследовании объем терапии, соответствующий ступени II, назначали как пациентам с легким течением заболевания (19 (16%)), так и со среднетяжелым АР (15 (11,1%)). В свою очередь, терапию, регламентированную ступенью I, получали пациенты преимущественно с легким течением АР – 11 (9,5%). В последующем 77 (30,7%) пациентам независимо от степени тяжести АР дополнительно был назначен АЛП, из которых у 73 пациентов добавление АЛП было связано с отсутствием контроля АР на фоне назначенной терапии исходно, а у четверых – с наличием сопутствующей бронхиальной астмы.

Фиксированная комбинация (ФК) ИнГКС и интраназального антигистаминного препарата (ИнаГП) была назначена 29 (11,5%) пациентам, преимущественно со средней степенью тяжести заболевания. Из них четверо пациентов ввиду невозможности достижения контроля заболевания на указанной комбинации препаратов дополнительно применяли АЛП, а пятеро – ФК АГП II и АЛП, назначаемую *per os*.

Важно отметить, что АСИТ, несмотря на известные преимущества метода, была назначена только 49 (19,5%) пациентам, из которых абсолютное большинство (43 (87,7%)) получали ее сублингвальный вариант (рис. 2).

Обсуждение

Анализ параметров созданной базы данных показывает, что подавляющее большинство пациентов, обращающихся к аллергологу-иммунологу, имеют персистирующий АР среднетяжелого или тяжелого течения. В свою очередь, пациенты с интермиттирующим течением заболевания составляли только 16,4% (n = 41). Очевидно, непостоянное наличие симптомов АР являлось одной из причин несвоевременного обращения пациентов за медицинской помощью и, как следствие, позднего установления диагноза. В нашем исследовании период от дебюта АР до установления диагноза составил 7 [3; 12] лет, что в целом согласуется с данными других авторов. Так, согласно ранее опубликованным данным эпидемиологических исследований, до трети всех пациентов с АР имеют историю легких эпизодических симптомов. При этом 24% пациентов отмечали исключительно сезонные проявления заболевания и только 10% больных сообщали о постоянных круглогодичных симптомах АР [5]. В связи с этим становится очевидным, что в реальной клинической практике врачам различных специальностей, и в первую очередь врачам первичного звена, необходимо активно осуществлять скрининг

на наличие проявлений АР даже в случае отсутствия жалоб со стороны пациента. Это может повысить эффективность диагностики заболевания, предотвратить развитие более тяжелых форм и осложнений АР, позволит своевременно назначить медикаментозное лечение и инициировать проведение АСИТ.

Установленный диагноз АР с определением формы и степени тяжести заболевания предполагает выбор адекватной тактики лечения согласно ступенчатому подходу к терапии заболевания. Эта позиция закреплена в международном гайдлайне ARIA последней редакции, а также в отечественных клинических рекомендациях [1, 3]. При этом особенно важным этапом для первичного определения объема назначаемой противовоспалительной терапии является объективизация степени тяжести заболевания. Следует отметить, что в современных согласительных документах сформулированы основные критерии, характеризующие степень тяжести АР, а кроме того, для оценки указанного параметра допускается использование ВАШ. В то же время известно, что ВАШ является инструментом субъективной оценки симптомов самим пациентом и ее результаты могут не совпадать с оценкой симптомов АР врачом-аллергологом. Так, в исследовании Н.М. Ненашевой и соавт. [14], включающем анализ данных 328 пациентов, 52% респондентов имели легкую форму АР, симптомы АР у этих пациентов не нарушали дневную активность и сон. В то же время при использовании ВАШ с целью оценки состояния этих же пациентов у абсолютного большинства респондентов ее значения превышали 5 баллов, что соответствует средней или даже тяжелой форме заболевания. Следует отметить, что особенно низкая чувствительность ВАШ отмечалась при характеристике степени тяжести АР у пациентов с интермиттирующей формой заболевания [15]. В нашем исследовании также у пациентов с интермиттирующим течением АР при анализе субъективной оценки симптомов с использованием ВАШ не установлено достоверной разницы указанного параметра при легком и среднетяжелом течении ринита. Показатели ВАШ не превышали 3 [3; 3] и 3 [3; 4] баллов соответственно ($p = 0,26$). Кроме того, обнаруженные нами несоответствия показателей ВАШ у пациентов с персистирующим и интермиттирующим АР, имеющими одинаковую степень тяжести течения заболевания, установленную согласно актуальной классификации АР, свидетельствуют о том, что субъективно пациенты с АР, имеющие персистирующую форму заболевания, оценивали свое состояние как более тяжелое. Так, более высокие баллы ВАШ при легком течении АР были характерны для персистирующих форм, что неизбежно влечет за собой превышение объема необходимой базисной терапии для этих пациентов. Полученные нами данные показывают, что 47 (40,5%) пациентам с легким течением АР в качестве стартовой терапии была назначена комбинация ИнГКС и АГП II системного действия,

что соответствует III ступени терапии АР. Хотя согласно клиническим рекомендациям известно, что при легком течении заболевания может быть эффективна и монотерапия как топическими ГКС, так и H1-блокаторами [1]. В анализируемой базе данных монотерапия ИнГКС была использована только у 13,5% больных, еще реже (в 11,5% случаев) использовалась ФК ИнГКС и ИнАГП, несмотря на то, что ФК ИнГКС и ИнАГП являются наиболее эффективным методом быстрого достижения устойчивого контроля над всеми симптомами АР [16, 17].

На выбор варианта патогенетической терапии АР могут оказывать влияние и объективные данные, полученные при обследовании у оториноларинголога. Важно отметить, что консультация лор-врача, а также проведение риноцитограммы декларируются отечественными клиническими рекомендациями как важное и обязательное диагностическое мероприятие [1, 18]. Однако в нашем исследовании в реальной клинической практике только 60 (23,9%) пациентам была назначена консультация оториноларинголога. Важно отметить, что дальнейшее детальное обследование у лор-врача с проведением дополнительных инструментальных методов позволило диагностировать анатомические особенности полости носа у значительной части пациентов, что в последующем повлияло на выбор дальнейшей тактики лечения этих пациентов. Кроме того, консультация оториноларинголога может быть эффективна и в своевременном выявлении других коморбидных состояний. В свою очередь, исследование риноцитограммы, результаты которой важны в дифференциальной диагностике различных форм ринита, проведено только 2,4% пациентов.

Несомненно, важным этапом диагностики АР является проведение аллергологического обследования. Программа аллергологического обследования должна быть определена врачом-аллергологом-иммунологом [1–3]. При этом необходимо учитывать высокий уровень выявления при АР полисенсibilизации и полиаллергии [19]. У наблюдаемых нами пациентов также выявлялся высокий уровень полисенсibilизации и полиаллергии. Безусловно, это значимо влияет на выбор как стратегии элиминационных мероприятий в отношении причинно-значимых аллергенов, так и тактики проведения АСИТ. В отечественной клинической практике особую актуальность имеет сенсibilизация к пыльцевым аллергенам, а также повышенная чувствительность к аллергенам клещей домашней пыли. В свою очередь, эти виды аллергии являются прямым показанием для начала АСИТ при достижении удовлетворительного контроля над симптомами на фоне фармакотерапии [20]. В то же время, несмотря на имеющиеся убедительные данные исследований, которые показывают преимущества этого метода лечения в плане долгосрочного достижения контроля АР, предупреждения развития более тяжелых форм атопических заболеваний, болезнь-модифицирующего эффекта и, наконец, фармакоэкономической эф-



фективности [5, 10, 21], АСИТ в реальной клинической практике используется крайне редко. Только 49 (19,5%) пациентам был назначен этот вариант терапии. Следовательно, становится очевидным, что продолжает сохранять свою актуальность необходимость разработки комплекса мер по повышению осведомленности врачей и пациентов в отношении данного варианта патогенетической терапии АР, комплаенса, а также доступности этого метода лечения.

Заключение

Таким образом, в настоящее время в реальной клинической практике необходима оптимизация диагностического процесса при АР с использованием всех опций, регламентированных клиническими рекомендациями. При этом при оценке степени тяжести заболевания с использованием ВАШ необходимо сопоставлять ее результаты с традиционными методами определения этого параметра согласно принятой классификации АР. Кроме того, требуется рациональное назначение патогенетической медикаментозной терапии в строгом соответствии с имеющимися четкими рекомендациями ступенчатого подхода к терапии АР. И наконец, каждому пациенту с АР необходимо рассматривать возможность проведения АСИТ с целью достижения полного и длительного контроля заболевания.

Литература

1. Российская ассоциация аллергологов и клинических иммунологов. Аллергический ринит. Клинические рекомендации. 2022. Доступно по: https://raaci.ru/education/clinic_recomendations/471.html
2. Siddiqui Z.A., Walker A., Pirwani M.M. et al. Allergic rhinitis: diagnosis and management. *Br. J. Hosp. Med.* 2022; 83 (2): 1–9.
3. Anticevich S., Bossé I., Bouchard J. et al. Next-generation Allergic Rhinitis and Its Impact on Asthma (ARIA) guidelines for allergic rhinitis based on Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation (GRADE) and real-world evidence. *J. Allergy Clin. Immunol.* 2020; 145 (1): 70–80.
4. Bousquet J., Arnavielhe S., Bedbrook A. et al. MASK 2017: ARIA digitally-enabled, integrated, person-centred care for rhinitis and asthma multimorbidity using real-world-evidence. *Clin. Transl. Allergy.* 2018; 8: 45.
5. Wise S.K., Lin S.Y., Toskala E. et al. International consensus statement on allergy and rhinology: allergic rhinitis. *Int. Forum Allergy Rhinol.* 2018; 8 (2): 108–352.
6. Arcimowicz M. Allergic rhinitis – effective treatment according to the latest recommendations. *Otolaryngol. Pol.* 2022; 76 (6): 45–59.
7. Qiu H., Zheng R., Wang X. et al. Using the internet big data to investigate the epidemiological characteristics of allergic rhinitis and allergic conjunctivitis. *Risk Manag. Healthc. Policy.* 2021; 14: 1833–1841.
8. Colás C., Brosa M., Antón E. et al. Estimate of the total costs of allergic rhinitis in specialized care based on real-world data: the FERIN Study. *Allergy.* 2017; 72 (6): 959–966.
9. Biering Leth-Møller K., Skaaby T., Madsen F. et al. Can we identify allergic rhinitis from administrative data: a validation study. *Pharmacoepidemiol. Drug Safe.* 2020; 29 (11): 1423–1431.
10. Devillier P., Demoly P., Molimard M. Allergen immunotherapy: what is the added value of real-world evidence from retrospective claims database studies? *Expert Rev. Respir. Med.* 2020; 14 (5): 445–452.
11. Nappi E., Paoletti G., Malvezzi L. et al. Comorbid allergic rhinitis and asthma: important clinical considerations. *Expert Rev. Clin. Immunol.* 2022; 18 (7): 747–758.
12. Fritzsche B., Contoli M., Porsbjerg C. et al. Long-term real-world effectiveness of allergy immunotherapy in patients with allergic rhinitis and asthma: results from the REACT study, a retrospective cohort study. *Lancet Reg. Health Eur.* 2021; 13: 100275.
13. Скороходкина О.В., Волкова Д.А., Хакимова М.Р., Луницев А.В. Свидетельство о регистрации базы данных RU 2023620660. База данных показателей клинической и специфической диагностики аллергического ринита с характеристикой вариантов проводимой терапии. Правообладатель ФГБОУ ВО «Казанский государственный университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации. № 2023620360; заявл. 10.02.2023; опубл. 21.02.2023.
14. 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.
15. Caimmi D., Baiz N., Sanyal S. et al. Discriminating severe seasonal allergic rhinitis. Results from a large nation-wide database. *PLoS One.* 2018; 13 (11): e0207290.
16. Chen R., Zheng D., Zhang Y., Sima G. Efficacy and safety of twice-daily olopatadine-mometasone combination nasal spray (GSP301) in the treatment of allergic rhinitis: a systematic review and meta-analysis. *Eur. Arch. Otorhinolaryngol.* 2022; 279 (4): 1691–1699.
17. Hampel F.C., Pedinoff A.J., Jacobs R.L. et al. Olopatadine-mometasone combination nasal spray: evaluation of efficacy and safety in patients with seasonal allergic rhinitis. *Allergy Asthma Proc.* 2019; 40 (4): 261–272.
18. Gelardi M., Cavaliere C., Jannuzzi L. Nasal cytology. *J. Biol. Regul. Homeost. Agents.* 2018; 32 (Suppl. 1): 37–40.
19. Bardei F., Bouziane H., Kadiri M. et al. Profils de sensibilisation cutanée aux allergènes respiratoires des patients de la ville de Tétouan (Nord Ouest du Maroc). *Rev. Pneumol. Clin.* 2016; 72 (4): 221–227.
20. Астафьева Н.Г., Баранов А.А., Вишнева Е.А. и др. Аллергический ринит. *Российская ринология.* 2020; 28 (4): 246–256.
21. Cox L.S., Murphey A., Hankin C. The cost-effectiveness of allergen immunotherapy compared with pharmacotherapy for treatment of allergic rhinitis and asthma. *Immunol. Allergy Clin. North. Am.* 2020; 40 (1): 69–85.

