

## ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ АЛЛЕРГИЧЕСКОГО РИНИТА В ПЕРИОД БЕРЕМЕННОСТИ

**О. Лаврова**<sup>1</sup>, доктор медицинских наук,  
**М. Рябова**<sup>2</sup>, доктор медицинских наук, профессор,  
**Н. Шумилова**<sup>2</sup>, кандидат медицинских наук,  
**Л. Пестакова**<sup>2</sup>,  
**М. Петрова**<sup>1</sup>, доктор медицинских наук, профессор  
<sup>1</sup>НИИ пульмонологии Первого СПбГМУ им. акад. И.П. Павлова  
<sup>2</sup>Первый СПбГМУ им. акад. И.П. Павлова  
**E-mail:** loverova@bk.ru

*Представление о закономерности развития ринита при беременности и отсутствии необходимости в терапии ошибочно. К безопасности назначаемых препаратов в этот период предъявляются повышенные требования. Четко сформулированные показания к назначению препаратов разных групп в доступной врачам литературе отсутствуют.*

**Ключевые слова:** аллергология и иммунология, аллергический ринит, беременность, лечение.

**Ш**ирокая распространенность аллергических заболеваний, которыми страдает >20% населения планеты, превратили проблему аллергии в глобальную медико-социальную. Учитывая ежегодный рост аллергической патологии, регистрируемый повсеместно (каждый 3-й житель планеты страдает аллергическим ринитом – АР), можно говорить об эпидемии аллергии, которая охватила большинство стран мира в конце прошлого века и имеет тенденцию к росту в XXI веке. Как показали исследования последних 30 лет, распространенность аллергических заболеваний повсеместно каждые 10 лет удваивается. АР является IgE-обусловленным заболеванием, в основе патогенеза которого лежат аллергические реакции немедленного типа [1].

Принято считать, что ринит при беременности является следствием гормональной перестройки в организме женщины. Действительно, в период беременности уровень женских гормонов резко повышается, что приводит к отечности слизистых оболочек и затрудняет носовое дыхание. Однако не следует считать этот механизм единственным не поддающимся лечению и ожидать, что ринит самопроизвольно прекратится с окончанием беременности. Симптомы ринита значительно снижают качество жизни, нарушают ночной сон, что, в свою очередь, может осложнить течение беременности. Повышается риск плацентарной недостаточности, задержки внутриутробного развития. При наличии симптомов ринита в период беременности следует уточнить его природу и назначить соответствующую терапию.

Выделяют следующие основные клинко-патогенетические формы ринитов беременных: АР, гормональный, инфекционный, полипозную риносинусопатию. Этиологического лечения гормонального ринита по понятным причинам не существует. В качестве средств патогенетической терапии применяются интраназальные (ИН) глюкокортикостероидные спреи (ИН ГКС) [2]. При полипозной риносинусопатии показано оперативное лечение, которое в период беременно-

сти не проводится. В качестве патогенетической терапии также применяются ИН ГКС.

Наиболее доступную «мишень» для терапии, несомненно, представляет собой АР. В зависимости от периодичности воздействия аллергена выделяют 2 основные формы АР (по European Academy of Allergy and Clinical Immunology – EAACI) [3].

**Сезонный АР (САР)** вызывает пыльца растений. Периодичность манифестации симптомов САР зависит от климатических условий данной географической зоны и сезонности цветения растений.

**Круглогодичный АР** чаще вызывают аллергены клещей, домашней пыли, бытовые аллергены, споры грибов, тараканов и эпидермальные аллергены домашних животных.

#### Классификация АР [4]

*Эпизодическое (интермиттирующее) появление симптомов:*

- САР: <4 дней в неделю;
- круглогодичный АР: <4 нед в год.

*Частое (персистирующее) появление симптомов:*

- САР: >4 дней в неделю;
- круглогодичный АР: >4 нед в год.

К факторам риска развития АР относят: семейный анамнез (отягощенная наследственность по аллергическим заболеваниям; аллергическая сенсibilизация); способствующие факторы (курение, качество воздуха в жилище, загрязнение воздуха, климатические факторы).

Этиология АР:

- бытовая, эпидермальная сенсibilизация;
- контакт с пылью (деревья, злаки, луговые, сорные травы);
- пищевая сенсibilизация;
- лекарственная аллергия;
- профессиональная аллергия.

Общие принципы терапии АР:

- элиминационные мероприятия;
- фармакотерапия (местная, системная):
  - антигистаминные препараты
  - ГКС (системные и топические);
  - кромоны;
  - ипратропия бромид;
  - деконгестанты.
- специфическая иммунотерапия.

Специфическая иммунотерапия во время беременности в нашей стране не проводится, хотя имеются данные о том, что продолжение аллергенспецифической иммунотерапии в период гестации безопасно для матери и будущего ребенка [5].

Несмотря на то, что деконгестанты наиболее популярны у больных с ринитами разной этиологии, их назначение беременным не рекомендуется, так как из-за снижения их эффективности на фоне беременности возникает потребность в наращивании частоты приема, что может приводить к эффекту тахифилаксии [6]. Антигистаминные препараты назначают беременным на ограниченный срок по строгим показаниям (выраженные системные проявления поллиноза). Предпочтительно назначение лоратадина и цетиризина [6]. Эффективность кромогликата натрия у беременных считается недостаточной [7].

ИН ГКС – препараты выбора при базисной терапии АР. Они обладают гораздо более высоким терапевтическим индексом по сравнению с эквивалентными дозами пероральных ГКС и намного безопаснее их благодаря низкой системной биодоступности [3]. ИН ГКС – наиболее эффективный вид терапии, так как они позволяют преодолеть заложенность носа – один самых серьезных симптомов АР [4]. Будесонид – единственный

ГКС, входящий в категорию В по критериям FDA. Это негалогенизированный синтетический ГКС, ингибирующий раннюю и позднюю фазы аллергической реакции. Уменьшая проявления аллергического воспаления в верхних дыхательных путях, он устраняет все симптомы ринита; >90% будесонида инактивируется в процессе одноступенчатого метаболизма в печени. Будесонид депонируется и длительно удерживается в слизистой носа в виде эфиров жирных кислот. Последующее высвобождение из депо гарантирует пролонгированное противовоспалительное действие и клиническую эффективность будесонида.

Безопасность будесонида подтверждена многолетними исследованиями. После 5,5 года применения будесонида интраназально у пациентов не обнаруживали гистопатологических признаков повреждений эпителия полости носа [8]. Доказана хорошая переносимость будесонида детьми: даже после 5 лет лечения будесонидом концентрации кортизола в плазме не изменялись, терапия будесонидом не влияла на развитие костной ткани и рост детей. Назначение будесонида (64 мкг) на 6 нед детям с АР в возрасте от 2 до 5 лет не вызывало подавления функции надпочечников [9]. Даже при приеме будесонида в больших дозах (256–400 мкг/сут) в течение 2 лет у детей с АР в возрасте 5–15 лет не подавлялась функция надпочечников, не снижалась скорость роста, не возникало офтальмологических нарушений и атрофии слизистой оболочки полости носа [10].

С 2013 по 2016 г. в Санкт-Петербурге осуществлялось анкетирование беременных в женских консультациях при постановке на учет в связи с беременностью.

Анкета (см. рисунок) была составлена с целью выявления пациенток, у которых уже был диагностирован АР, и тех, кто страдает данным заболеванием, но оно не диагностировано.

Нами были проанализированы результаты анкетирования 4000 беременных. У 1144 (28,6%) женщин сумма баллов составила  $\geq 10$ , при этом лишь 6,7% опрошенных диагнозов АР был поставлен до беременности. Наиболее характерная черта ринита у беременных – преобладание отека компонента: 23,5% опрошенных жаловались на заложенность носа, 17,8% –

#### Анкета для выявления больных АР

	Да	Нет
Ставился ли Вам диагноз АР?	10	0
Диагноз поставлен до беременности?	1	0
Беспокоят ли Вас сейчас заложенность носа?	3	0
Беспокоит ли Вас сейчас выделения из носа?	3	0
Беспокоит ли Вас сейчас частое чихание?	3	0
Связываете ли Вы перечисленные явления с простудой?	0	5
Эти явления были до беременности?	1	3
Появлялись при уборке квартиры?	3	0
Появлялись при контакте с животными?	3	0
Появлялись при цветении растений?	3	0
Страдаете ли Вы полипозом носа?	3	0
Пользуетесь ли какими-то назальными спреями?	3	0
Есть ли эффект от их использования?	1	0
Всего баллов		
Если сумма баллов $\geq 10$ , Вы нуждаетесь в консультации ЛОР-врача.		

на ринорею, 13,5% — на частое чихание; 1672 (41,8%) пациенток не связывали эти симптомы с острыми респираторными вирусными инфекциями. У 982 (24,5%) указанные явления отмечались до беременности, у 821 (20,5%) возникли в период беременности. Среди пациенток, которых беспокоило нарушение носового дыхания до беременности, у 350 (35,6%) отмечены признаки сенсибилизации к бытовым аллергенам, у 271 (27,6%) — к эпидермальным, у 265 (26,9%) — к пыльцевым. У большинства из них (у 239 — 24,3%) сочетались бытовая и эпидермальная аллергия. По сумме этих признаков данной группе женщин был поставлен диагноз АР.

В группе беременных, впервые отметивших появление заложенности носа лишь в период гестации, у 164 (4,1%) отмечены признаки аллергической сенсибилизации разных видов. Таким образом, можно сделать вывод о том, что распространенность АР среди беременных Санкт-Петербурга составляет 28,7%.

У 16,4% пациенток, предъявлявших жалобы на симптомы ринита, признаков аллергической сенсибилизации не выявлено. Это позволило предположить, что развитие ринита у этих женщин связано с изменением гормонального фона в период беременности.

Полипозным риносинуситом страдали сравнительно немного беременных — 66 (1,65%), однако практически все они отмечали полный спектр симптомов, связанных с нарушением носового дыхания.

Все пациентки, у которых сумма баллов в анкете составила  $\geq 10$ , были проконсультированы врачом-оториноларингологом и в соответствии с современными представлениями о лечении разных форм ринитов им была назначена терапия. Будесонид назначали пациенткам при 1-м визите на любом сроке беременности; в среднем начало приема препарата приходилось на 12–16-ю неделю гестации. Рекомендовали промывание носовых ходов водно-солевыми растворами и применение будесонида в стандартной дозе — по 100 мкг в каждый носовой ход дважды в день. Эффект от использования препарата больные отмечали в среднем на 6–14-й день от начала приема, однако были случаи восстановления носового дыхания уже после 1–2 дней приема будесонида. Различий в сроках наступления эффекта от использования препарата в группах больных АР разной тяжести не отмечено. При улучшении самочувствия рекомендовалось снижение дозы: до 50 мкг в каждый носовой ход дважды в день; при стабильном восстановлении носового дыхания разрешалось сделать перерыв в приеме будесонида и возобновить его использование при возврате симптомов. Отличный эффект от применения препарата отметили 71,2% пациенток, хороший — 17,0%. У 2,8% беременных на фоне приема препарата появилась повышенная кровоточивость слизистой оболочки носа, прекратившаяся после перерыва в приеме будесонида. В 10,2%

случаев больные не ощутили уменьшения интенсивности симптомов ринита, однако последующее назначение ИН ГКС других групп также не имело эффекта. Если препарат какой-то группы ранее не давал достаточного эффекта или отмечались негативные явления, назначали препараты других групп. Предпочтительно назначение наименьшей дозы препарата с наименьшей биодоступностью.

Эффект от лечения оценивали через 14 дней. При отсутствии эффекта производилась замена препарата. Назальные спреи с ГКС применяли до восстановления носового дыхания, затем делался перерыв. При возврате симптомов ринита прием препарата возобновляли.

## Литература

1. Wang Y., Bai C., Li K. et al. Role of airway epithelial cells in development of asthma and allergic rhinitis // *Respir. Med.* — 2008; 102 (7): 949–55. doi: 10.1016/j.rmed.2008.01.017.
2. Orban N., Maughan E., Bleach N. Pregnancy-induced rhinitis // *Rhinology.* — 2013; 51 (2): 111–9. doi: 10.4193/Rhino12.045.
3. Consensus statement on the treatment of allergic rhinitis (EAAI, 2014).
4. Allergic Rhinitis and its Impact on Asthma (Initiative WHO) // *J. Allergy Clin. Immunol.* — 2012; 130 (5): 1049–62. doi: 10.1016/j.jaci.2012.07.053.
5. Oykhman P., Kim H., Ellis A. Allergen immunotherapy in pregnancy. // *Allergy Asthma Clin. Immunol.* — 2015; 11: 31. doi: 10.1186/s13223-015-0096-7. eCollection 2015. Review.
6. Namazy J., Schatz M. Diagnosing rhinitis during pregnancy // *Curr. Allergy Asthma Rep.* — 2014; 14 (9): 458. doi: 10.1007/s11882-014-0458-0.
7. Keleş N. Treatment of allergic rhinitis during pregnancy // *Am. J. Rhinol.* — 2004; 18 (1): 23–8.
8. Pipkorn U. Long-term safety of budesonide nasal aerosol: a 5.5-year follow up study // *Clin. Allergy.* — 1988; 18: 253–9.
9. Möller C., Ahlström H., Henricson K. et al. Safety of nasal budesonide in the long-term treatment of children with perennial rhinitis // *Clin. Exp. Allergy.* — 2003; 33 (6): 816–22.
10. Kim K., Rabinovitch N., Uryniak T. et al. Effect of budesonide aqueous nasal spray on hypothalamic-pituitary-adrenal axis function in children with allergic rhinitis // *Ann. Allergy Asthma Immunol.* — 2004; 93 (1): 61–7.

## SPECIFIC FEATURES OF THE DIAGNOSIS AND TREATMENT OF ALLERGIC RHINITIS DURING PREGNANCY

**O. Lavrova**<sup>1</sup>, MD; Professor **M. Ryabova**<sup>2</sup>, MD; **N. Shumilova**<sup>2</sup>, Candidate of Medical Sciences; **L. Pestakova**<sup>2</sup>; Professor **M. Petrova**<sup>1</sup>, MD

<sup>1</sup>Research Institute of Pulmonology, Acad. I.P. Pavlov First Saint Petersburg State Medical University

<sup>2</sup>Department of Otorhinolaryngology with Clinic, Acad. I.P. Pavlov First Saint Petersburg State Medical University

*The idea on the patterns of development of rhinitis during pregnancy and on the lack of need for therapy is erroneous. Increased demands are placed on the safety of prescribed drugs in this period. No clearly defined indications for the use of drugs of different groups are in the literature available for physicians.*

**Key words:** allergy and immunology, allergic rhinitis, pregnancy, treatment.