

Аллергический ринит и коморбидные заболевания. Взгляд оториноларинголога. Клинический случай

В.В. Шиленкова[✉]

ФГБОУ ВО «Ярославский государственный медицинский университет» Минздрава России, Ярославль, Россия

Аннотация

Коморбидные заболевания утяжеляют аллергический ринит (АР), требуют проведения дополнительного обследования и коррекции лечения. В статье представлен обзор публикаций по взаимосвязи АР с аденоидами и экссудативным средним отитом (ЭСО). Анализ подтвердил факт более значительной гипертрофии глоточной миндалины и более выраженной назальной обструкции у детей с АР по сравнению с детьми без атопии, более тяжелого течения АР у детей с аденоидами. Ранний контроль аллергии снижает потребность в аденоидэктомии, однако операция не может быть первым этапом, поскольку не излечивает от АР. После аденоидэктомии пациенты должны находиться под более тщательным наблюдением для контроля симптомов аллергии. Анализ публикаций не позволил установить достоверную связь АР и ЭСО. Однако в пользу коморбидности свидетельствует значительная распространенность ЭСО у детей с АР (25%), высокий уровень эозинофильного катионного протеина и иммуноглобулина Е в экссудате среднего уха, что требует предпринять попытку консервативного лечения АР перед тимпаностомией. Несмотря на многообразие лекарств для контроля АР, пероральные неседативные антигистаминные препараты по-прежнему входят в 1-ю линию терапии. Особое место занимает производное хинуклидина хифенадин (Фенкарол®), который сочетает преимущества неседативных антигистаминных препаратов I и II поколений. Наряду с холинолитическим, ганглиоблокирующим и антисеротониновым воздействием Фенкарол® ввиду низкой липофильности не проникает через гематоэнцефалический барьер, не потенцирует седативный эффект, что делает его востребованным не только при дерматозах, но и при АР, что продемонстрировано на примере клинического наблюдения.

Ключевые слова: аллергический ринит, аденоиды, экссудативный средний отит, антигистаминные препараты, хифенадин, Фенкарол

Для цитирования: Шиленкова В.В. Аллергический ринит и коморбидные заболевания. Взгляд оториноларинголога. Клинический случай. Consilium Medicum. 2022;24(9):612–616. DOI: 10.26442/20751753.2022.9.201868

© ООО «КОНСИЛИУМ МЕДИКУМ», 2022 г.

CASE REPORT

Allergic rhinitis and comorbid diseases. Otorhinolaryngologist's view. Case report

Viktoria V. Shilenkova[✉]

Yaroslavl State Medical University, Yaroslavl, Russia

Abstract

Comorbid diseases aggravate allergic rhinitis (AR), require additional examination and correction of treatment. The article presents a review of publications on the relationship of AR with adenoid and exudative otitis media (EOM). The analysis confirmed the fact of more significant hypertrophy of the nasopharynx tonsil and more pronounced nasal obstruction in children with AR compared to children without atopy, more severe course of AR in children with adenoid. Early control of allergy reduces the need for adenoidectomy, but surgery cannot be the first step because it does not cure AR. After adenoidectomy, patients should be closely monitored to control allergy symptoms. The analysis of publications did not allow to establish a reliable relationship between AR and EOM. However, comorbidity is supported by a significant prevalence of EOM in children with AR (25%), a high level of eosinophilic cationic protein and immunoglobulin E in the exudate of the middle ear, which requires an attempt at conservative treatment of AR before tympanostomy. Despite the variety of drugs to control AR, oral non-sedating antihistamines are still the first line of therapy. A special place is occupied by the Quinuclidine derivative Hifenadin (Fenkarol®), which combines the advantages of I and II generations of antihistamines. Along with cholinolytic, ganglioblocking and antiserotonin effects, due to its low lipophilicity, Fenkarol® does not penetrate the blood-brain barrier, does not potentiate the sedative effect, which makes it in demand not only in dermatoses, but also in AR, which was demonstrated by clinical observation.

Keywords: allergic rhinitis, adenoid, exudative otitis media, antihistamines, Hifenadine, Fenkarol

For citation: Shilenkova VV. Allergic rhinitis and comorbid diseases. Otorhinolaryngologist's view. Case report. Consilium Medicum. 2022;24(9):612–616. DOI: 10.26442/20751753.2022.9.201868

Аллергический ринит (АР) считается самым распространенным хроническим заболеванием респираторного тракта. Согласно статистическим исследованиям этой формой ринита страдает примерно 30% населения земного шара, а в некоторых странах и регионах заболеваемость превышает 40% [1–3]. Такие различия обусловлены множеством факторов: особенностями климата, уровнем экономики, урбанизации, социальной жизни и даже медицинского обслуживания.

АР тяжелым бременем ложится на экономику государства, значительно сказываясь на качестве жизни, производительности труда и психологическом статусе трудоспособного населения. Считается, что при персистирующей форме заболевание существенно нарушает обычный рас-

рядок дня у 68% пациентов, а при сезонной форме – у 51%, снижая производительность труда почти на 40% [4, 5].

АР нередко протекает в совокупности с другими заболеваниями, которые связаны с ним единым патогенетическим механизмом или совпадают по времени. Такое сосуществование нескольких заболеваний у одного пациента носит название «коморбидность» (от лат. со – «вместе», morbus – «болезнь»). Коморбидные заболевания (или состояния) утяжеляют симптомы, еще более ухудшая качество жизни пациента, требуют одновременного контроля симптомов как «ведущего» заболевания, так и сопровождающей болезни. Часто с АР сочетаются бронхиальная астма (БА), конъюнктивит, эозинофильный эзофагит, син-

Информация об авторе / Information about the author

[✉]Шиленкова Виктория Викторовна – д-р мед. наук, проф., проф. каф. оториноларингологии ФГБОУ ВО ЯГМУ. E-mail: v.shilenkova@mail.ru; ORCID: 0000-0001-8553-0489

[✉]Viktoria V. Shilenkova – D. Sci. (Med.), Prof., Yaroslavl State Medical University. E-mail: v.shilenkova@mail.ru; ORCID: 0000-0001-8553-0489

дром обструктивного апноэ сна, полипозный риносинусит, экссудативный средний отит (ЭСО), хронический аденоидит и др. [6]. В этой статье рассмотрена взаимосвязь АР с гипертрофией глоточной миндалины (ГГМ) и ЭСО.

АР и ГГМ. Где грань и что делать?

Аденоиды – распространенное заболевание детского возраста. Наиболее частой причиной ГГМ считаются рецидивирующие инфекции верхних дыхательных путей. Может ли АР быть причиной аденоидов? Утвердительный ответ на этот вопрос получен в ходе различных исследований. Так, авторы крупного метаанализа, опубликованного в 2019 г., проанализировали 247 научных публикаций (в том числе 20 литературных обзоров) и пришли к выводу, что гипертрофия и глоточных, и небных миндалин как ведущая причина ротового дыхания у детей тесно связана с АР, в том числе с отсутствием контроля симптомов АР [7]. М. Evcimik и соавт. (2015 г.), обследовав 1322 ребенка с аллергическими заболеваниями (средний возраст детей составил 3 года) и 100 детей без аллергии (группа контроля), установили, что клинически значимая ГГМ встречается в 12,4% случаев среди детей с аллергическим заболеванием и только у 3% детей без аллергии. Наиболее распространенной среди детей с аденоидами была сенсibilизация к аллергенам домашней пыли [8].

По данным К. Cho и соавт. (2018 г.), при сочетании АР с аденоидами 70,6% детей сенсibilизированы более чем к одному аллергену. Причем уровень иммуноглобулина Е (IgE), обнаруживаемый в тканях глоточной и небных миндалин, превышает таковой в сыворотке крови, а в 36,2% случаев IgE определяется в миндалинах даже при нормальном значении этого маркера в сыворотке крови. Интересно, что при сенсibilизации к аэрополлютантам более высокий уровень IgE определяется в аденоидах, а при пищевой аллергии – в небных миндалинах [9].

Еще одним доказательством взаимосвязи АР и аденоидов является неоспоримый факт более значительной ГГМ у детей с АР по сравнению с детьми без атопии. Авторы одного из исследований, используя компьютерные томограммы, измерили размеры аденоидов и объем носоглотки у детей с АР и неаллергическим идиопатическим ринитом. Средний показатель соотношения аденоиды/носogлотка оказался достоверно больше у детей с неаллергическим идиопатическим ринитом, чем у детей с АР [10]. Факт превалирования размеров аденоидов у детей с АР доказан в проспективном рандомизированном клиническом исследовании G. Bozkurt и соавт. (2015 г.). Авторы оценивали размеры аденоидов у детей не только в ходе предоперационной эндоскопии, но и после их хирургического удаления. Отмечено, что оценка симптомов назальной обструкции и послеоперационные показатели объема удаленных аденоидов были выше в группе детей с АР. У них же раньше проявлялись симптомы ГГМ по сравнению с детьми без АР [11]. Это может быть объяснено гипотезой наличия у пациентов с аллергией дефицита клеточного иммунитета в виде снижения активности Т-хелперов 1-го типа и продукции интерферона γ , что влияет на выраженность ГГМ [10]. Следует также отметить, что состав микробиоты полости носа у детей с АР в сочетании с аденоидами или без них не имеет существенных различий, но значительно отличается от микробиоты здоровых детей. Поэтому можно предположить, что нарушение микробиоты слизистых оболочек может привести к несбалансированности экосистемы всего организма [12].

Итак, аллергическая реакция может служить одним из факторов риска аденоидной гипертрофии. Локальная атопия в ткани небных миндалин и аденоидах вызывает симптомы респираторной аллергии у детей в виде чиханья, зуда в полости носа, ринореи, нарушения носового дыхания. И эти симптомы выражены значительнее у детей именно с локальной атопией, чем без атопии [9]. Поэтому у детей с АР не следует пренебрегать проведением эндо-

скопии носоглотки на предмет наличия аденоидов. Не следует пренебрегать и назначением кожных тестов у детей с аденоидами для исключения АР, особенно при длительном симптоме выраженной назальной обструкции.

Необходимо отметить, что ранний контроль аллергии значительно снижает потребность в хирургическом вмешательстве, т.е. в аденоидэктомии [11]. Сравнительный анализ, проведенный М. Modrzyński и соавт. (2006 г.), показал, что у детей, получавших в течение 3 мес интраназальные глюкокортикостероиды (ИнГКС) и пероральные антигистаминные препараты (АГП) по поводу АР, отмечалось значительное уменьшение клинической симптоматики и размеров аденоидов по сравнению с нелечеными детьми, что объективно подтверждено данными риноманометрии и эндоскопии носоглотки. Данное исследование подтвердило уже имеющиеся в литературе данные о том, что ИнГКС в сочетании с АГП в стандартных дозах позволяют уменьшить гипертрофию аденоидов и устранить симптомы назальной обструкции у детей с АР. Вероятнее всего, именно у этих детей противоаллергическое лечение может быть полезной альтернативой хирургическому вмешательству [13].

Утяжеляют ли аденоиды течение АР? На этот вопрос однозначно можно ответить «да». Доказано, что АР средней степени тяжести и тяжелый среди больных с аденоидами встречается чаще, чем у детей без аденоидов (76,3 и 62,6%; $p=0,005$). Аденоиды не только утяжеляют течение заболевания, но и удлиняют продолжительность обострения АР [14]. Однако в период обострения АР роста заболеваемости аденоидитом не наблюдается [15]. Следует отметить, что больных с АР и аденоидами реже беспокоит зуд в носу, чем детей без аденоидов, зато ведущим симптомом становится заложенность носа. Напротив, БА чаще встречается у детей с АР без аденоидов, чем с АР в комбинации с аденоидами [14].

Существует еще несколько спорных моментов, касающихся сочетания аденоидов и АР. Достаточно распространенным считается мнение о том, что аденоидэктомия утяжеляет течение АР. Например, ретроспективный анализ с участием 404 детей с АР показал, что в 80% случаев аденоидэктомия не оказала значительного эффекта на течение АР. Родители оперированных детей сообщили о сохранении симптомов АР после операции либо о частичном их улучшении в виде снижения частоты респираторных заболеваний и улучшения носового дыхания [16]. Однако авторы другого анализа, напротив, в 79% случаев отметили хороший клинический эффект от операции, причем не только в улучшении носового дыхания, но и в отношении сопутствующего ЭСО [17].

Причиной неудовлетворительных результатов аденоидэктомии считается персистирующее локальное аллергическое воспаление в слизистой оболочке полости носа. Хирургическое вмешательство на глоточной миндалине не излечивает от АР, и сохранение ротового дыхания, храпа, ринореи обусловлено наличием ринита [16, 18]. Поэтому аденоидэктомия не может быть первым этапом лечения детей с АР, требуется медикаментозное лечение. Кроме того, после операции пациенты с АР должны находиться под длительным и более тщательным наблюдением, чем дети без аллергии. Если оперирован ребенок без АР в анамнезе, а после аденоидэктомии у него сохраняются симптомы ринита, храп, заложенность носа, присутствует ротовое дыхание, то это повод для обследования такого пациента на предмет аллергии [16, 18].

Провоцирует ли аденоидэктомия, выполненная в детстве, развитие АР и БА в будущем? На этот вопрос однозначного ответа нет. Авторы крупного ретроспективного анализа, проанализировав судьбу 510 взрослых пациентов с БА (248 человек), АР (205), лекарственной аллергией (82), крапивницей (73), пищевой (24) и профессиональной аллергией (14), из которых 65 (12,7%) человек подверглись аденоидэктомии и/или тонзиллэктомии в раннем детстве, не обнаружили корреляционной связи АР и атопии с перенесенными операциями ($p=0,129$). Однако риск развития

БА увеличивался почти в 2 раза [19]. К аналогичному заключению пришли авторы перекрестного исследования, проведенного в Турции с участием почти 10 тыс. детей в возрасте 13–14 лет. Распространенность БА среди подростков, которые подверглись аденоидэктомии и тонзиллэктомии в раннем возрасте, была достаточно высокой и составила 11,8% [20]. Для объяснения этого факта предлагается гипотеза о том, что увеличение риска БА происходит не из-за хирургического вмешательства, а ввиду частых инфекций верхних дыхательных путей у детей, которые и стали поводом для аденоидэктомии и/или тонзиллэктомии. Несмотря на проведенные операции, некоторые дети продолжают болеть вирусными заболеваниями, которые в дальнейшем провоцируют развитие БА [19].

Таким образом, АР требует контроля симптомов вне зависимости от того, есть у ребенка аденоиды или нет. До оперативного вмешательства на глотке пациент должен быть пролечен от АР. После операции требуется наблюдение за пациентом и коррекция терапии АР.

Аллергический ринит и экссудативный средний отит

Другим коморбидным заболеванием АР, имеющим непосредственное отношение к оториноларингологии, является ЭСО, представляющий собой своеобразную форму воспаления среднего уха, заключающуюся в скоплении и длительно, нередко растянутом на годы носительстве серомукозного или мукозного экссудата за неповрежденной барабанной перепонкой при отсутствии какой-либо инфекции. Чаще болеют дети, причем до двухлетнего возраста [21, 22]. У взрослых возрастных особенностей заболеваемости нет, хотя в старческом возрасте взрослые редко болеют ЭСО [23].

Существует несколько теорий патогенеза ЭСО, но чаще всего его развитие связывают с дисфункцией слуховой трубы, которая обусловлена разными факторами и болезнями: особенностями анатомии слуховой трубы, врожденным или приобретенным зиянием глоточного устья слуховой трубы, курением, аденоидами, частыми острыми респираторными заболеваниями, ринитами и риносинуситами, опухолями, полипами (хоанальный полип) и рубцовыми процессами в носоглотке, системными заболеваниями, сопровождающимися инфильтративными и гранулематозными процессами в полости носа и носоглотке, например гранулематозом Вегенера [24]. ЭСО может быть следствием врожденных аномалий и генетических заболеваний, которые сопровождаются деформациями или некоторыми особенностями анатомии лицевого скелета, например синдромом Дауна, врожденные расщелины лица. В этих случаях дисфункция слуховой трубы и выпот в барабанной полости развиваются в результате расстройства натяжения мышц мягкого неба, что приводит к нарушению фазы открытия слуховой трубы [24]. Одной из возможных причин ЭСО считается гастроэзофагеальный рефлюкс. Его взаимосвязь с ЭСО подтверждается наличием в мукоидном секрете среднего уха пепсина как результата заброса содержимого желудка в слуховую трубу, а также положительным ответом на антирефлюксную терапию [21, 24].

Существует ли связь ЭСО и аллергии, однозначного ответа в литературе нет. В научном сообществе дискуссия по данному вопросу продолжается уже многие годы. В пользу коморбидности этих заболеваний свидетельствует значительная распространенность дисфункции слуховой трубы у детей с АР (25%), а также высокий уровень эозинофильного катионного протеина и секреторного IgE к клещу *Dermatophagoides pteronyssinus* в экссудате среднего уха [25]. Однако есть иные статистические данные, не подтверждающие превалирование ЭСО при АР. Они основаны не только на изучении распространенности ЭСО у больных с АР и без него, но и на данных тимпанометрии и уровня IgE в секрете из барабанной полости [26]. И тем не менее роль АР

в патогенезе ЭСО полностью не исключена, а АР по-прежнему считается неким триггером развития ЭСО.

В тактике ведения пациентов с ЭСО нередко приходится прибегать к хирургическому вмешательству – парацентезу или тимпанотомии. Операция показана в случаях, когда:

- 1) динамическое наблюдение в течение 3 мес не приносит должных результатов;
- 2) существует риск значительного снижения слуха, развития последствий и осложнений ЭСО;
- 3) имеется повышенный риск развития у ребенка расстройства речи, коммуникации или имеются проблемы с обучением в школе из-за выпота в среднем ухе и снижения слуха [27].

Однако в большинстве случаев перед операцией следует предпринять попытку консервативной терапии. И в тех ситуациях, когда вероятной причиной ЭСО является АР, лечение должно быть направлено на нивелирование симптомов аллергического заболевания.

Современные принципы терапии АР

Основной целью лечения АР является контроль симптомов ринита и улучшение качества жизни больного (нормализация сна, повышение дневной активности, трудоспособности). Выбор медикаментозной терапии определяется следующими факторами: эффективностью, безопасностью и фармакологическими свойствами лекарственного препарата, уровнем и характером его побочных эффектов, возможностями и предпочтениями пациента, его возрастом, способностью следовать выбранной терапии, тяжестью симптомов АР, наличием коморбидных заболеваний, а также характером текущего статуса лечения (пациент не лечился и впервые обратился за медицинской помощью либо уже находится на лечении) [28]. Необходимо учитывать, что в большинстве случаев АР протекает не в легкой форме, а как заболевание средней степени тяжести либо как тяжелое, и на долю таких пациентов приходится 75% случаев, что нередко может потребовать назначения комбинации лекарственных препаратов [29].

Из всего многообразия противоаллергических препаратов основу фармакологической терапии АР составляют антигистамины, как пероральные, так и интраназальные, топические кортикостероиды, антилейкотриеновые препараты. За исключением последних, все перечисленные лекарственные средства имеют самый высокий уровень доказательной эффективности и практических рекомендаций [30, 31]. Стабилизаторы мембран тучных клеток имеют ограниченное применение, лишь при легкой форме интермиттирующего АР и у особой категории пациентов, например у беременных и детей, ввиду их относительной безопасности. Назначение системных кортикостероидов при АР не рекомендуется, а применение моноклональных антител (омализумаб) показано только при тяжелом неконтролируемом течении АР, в том числе в сочетании с БА.

Согласно последней версии ARIA 2020 (Allergic Rhinitis and Its Impact on Asthma) алгоритм ступенчатой терапии АР основан на оценке выраженности симптомов, раннем контроле эффективности терапии по визуальной аналоговой шкале (ВАШ) и рассмотрении вопроса о целесообразности аллерген-специфической иммунотерапии (АСИТ) вне зависимости от формы и тяжести течения АР [28]. У первичных пациентов, ранее не получавших лечение, в случае легкой формы АР (ВАШ<5) предлагается рассмотреть назначение одной из трех позиций: пероральный или интраназальный АГП (ИнаАГП), ИнГКС или комбинация ИнГКС и ИнаАГП. Эффект следует оценивать в течение 3 дней, и в случае положительной динамики продолжить терапию с возможностью уменьшения объема лекарственной нагрузки. При среднетяжелой или тяжелой форме интермиттирующего АР (ВАШ≥5) выбор лекарственной терапии и контроль симптомов аналогичны предыдущей схеме. При персистирующей форме АР

предпочтение следует отдавать ИнГКС или их комбинации с ИнАГП (ИнГКС+ИнАГП).

Пошаговый алгоритм у пациентов, уже находящихся на терапии по поводу АР, предполагает учет трех основных факторов:

- 1) форма заболевания (интермиттирующая или персистирующая);
- 2) тяжесть симптомов по ВАШ;
- 3) устранен ли контакт с причинно значимыми аллергенами либо элиминационная терапия не проведена.

Выбор препаратов при ВАШ < 5 выстраивается в зависимости от полученных данных: АГП, ИнГКС или ИнГКС+ИнАГП с контролем симптомов в течение 3 дней. При ВАШ ≥ 5 более предпочтительны ИнГКС или комбинация ИнГКС+ИнАГП с контролем симптомов в течение 7 дней.

Пероральные АГП

Пероральные АГП находят широкое применение в лечении АР. При легкой форме заболевания они рассматриваются как препараты 1-й линии выбора, а при тяжелом течении входят в состав комбинированной терапии. Одна из ведущих позиций АГП в лечении АР объясняется их фармакологическим действием – сродством к H_1 -гистаминовым рецепторам, что обеспечивает снижение выраженности назальных, глазных и кожных симптомов аллергии.

Традиционно пероральные АГП классифицируют на седативные и неседативные. Неседативные АГП включены во все современные российские и зарубежные клинические рекомендации, поскольку имеют значительные преимущества по сравнению с первой генерацией пероральных АГП: высокое избирательное сродство к H_1 -гистаминовым рецепторам, быстрое начало и значительную продолжительность действия (для большинства – не менее 1 сут), низкую способность проникновения через гематоэнцефалический барьер, что обеспечивает отсутствие седативного эффекта, а также тахифилаксии и связи абсорбции с приемом пищи.

Однако отождествление АГП внутри одной группы является серьезной ошибкой [32]. Например, хифенадин (Фенкарол®), одно из производных хинуклидина, исторически считающийся АГП I поколения, Европейским обществом по изучению гистамина (European Histamine Research Society – EHRS) отнесен к неседативным антигистаминам [33]. Наряду с выраженным холинолитическим, ганглиоблокирующим и антисеротониновым воздействиями, которые обеспечивают противозудный, антиэкссудативный и бронходилататорный эффекты, производные хинуклидинов ввиду низкой липофильности не проникают через гематоэнцефалический барьер, не угнетают функцию центральной нервной системы и не потенцируют седативный эффект [32, 34].

По своему действию производные хинуклидина более эффективны по сравнению с аналогичными соединениями, что обусловлено присутствием в молекуле хинуклидина узлового атома азота с дезэкранированной свободной электронной парой, что обеспечивает быстрое соединение с холин- и гистаминергическими рецепторами [35]. Еще одна особенность хифенадина состоит в уникальной способности активировать фермент диаминооксидазу, которая разрушает гистамин и усиливает общий противоаллергический эффект [32]. Все это можно считать научным обоснованием того, что по степени блокады H_1 -рецепторов хинуклидиновые производные сопоставимы с АГП II поколения [35].

Фенкарол®, один из производных хинуклидина, больше известен как препарат для лечения дерматозов и кожного зуда, особенно при неэффективности других АГП [35–37]. Однако холинолитическое и антисеротониновое действие Фенкарола может быть востребовано и при АР, поскольку дополняет его противозудный эффект [32].

Клинический случай

Мужчина 19 лет, студент, обратился на консультацию к оториноларингологу с жалобами на заложенность носа и периодический, очень редко, зуд в полости носа. Чиханья, ринореи, снижения обоняния, конъюнктивита нет. Заложенность носа стал отмечать в летние месяцы, примерно с начала июня, больше по утрам. Болен в течение 3 мес. За этот период эпизодически, но коротким курсом, не более 5–7 дней, использовал назальные спреи с деконгестантом, отмечая кратковременное улучшение носового дыхания. Установить взаимосвязь симптомов ринита с каким-либо аллергеном анамнестически не удалось. Животных в квартире нет. Наследственный анамнез не отягощен. Считает себя соматически здоровым, не курит, занимается спортом, интенсивность спортивных тренировок не сократил. Сон не нарушен. В раннем детстве часто болел острыми респираторными заболеваниями. В 6-летнем возрасте перенес аденоидэктомию.

Стандартный оториноларингологический осмотр не выявил какой-либо патологии со стороны глотки, гортани и ушей. При ригидной эндоскопии полости носа скудное слизистое отделяемое, незначительная деформация перегородки носа в виде девиации влево, отек нижних носовых раковин, слизистая оболочка розовая, ее реакция на вазоконстрикторы положительная. Носоглотка без признаков воспаления и объемных образований.

Предварительный диагноз: хронический ринит. С целью уточнения фенотипа заболевания (АР или неаллергический ринит) проведено обследование в объеме клинического анализа крови, компьютерной томографии околоносовых пазух, кожного аллертестирования. На компьютерных томограммах патологии со стороны околоносовых пазух и внутриносовых структур не обнаружено, за исключением небольшой девиации перегородки носа без контактной зоны с носовыми раковинами. В клиническом анализе крови – эозинофилия 11%. Скарификационные тесты выявили сенсibilизацию к пыльце сорных трав и клещам домашней пыли рода *D. Pteronyssinus*. По ВАШ пациент оценил выраженность симптоматики ринита в 4 балла. Заключительный диагноз: АР, персистирующий, легкое течение, обострение. В качестве базовой терапии назначен пероральный АГП хифенадина гидрохлорид (Фенкарол®) в дозировке по 50 мг 2 раза в день. Предложено сочетать медикаментозную терапию с ирригацией полости носа слабо гипертоническим раствором. С пациентом проведена беседа о целесообразности элиминационной терапии аллергенов.

В течение первых трех дней больной находился под контролем врача, связь осуществлялась по телефону. Больной отметил улучшение носового дыхания на фоне терапии. Режим приема Фенкарола оставлен в прежнем объеме дозирования. Через 3 нед пациент осмотрен повторно. Носовое дыхание восстановлено полностью. Советов по элиминации аллергенов придерживается. При эндоскопии слизистая оболочка полости носа неотечная. В дальнейшем пациенту под контролем аллерголога проведена АСИТ с хорошим функциональным эффектом и отсутствием обострения АР.

Представленный клинический случай наглядно демонстрирует эффективность перорального АГП хифенадина гидрохлорид (Фенкарол®) в лечении нетяжелого АР смешанной формы. Своевременно проведенная терапия, включающая мероприятия по элиминации причинно значимых аллергенов, адекватную фармакотерапию, АСИТ, позволяет устранить симптомы АР и предотвратить развитие осложнений. Фенкарол® характеризуется хорошей переносимостью, высоким профилем безопасности, редким проявлением побочных эффектов, таких как сухость во рту, сонливость, которые характерны для АГП I поколения. Препарат не обладает кардиотоксичностью, проявляет

антиаритмическую активность и сохраняет свою эффективность даже при длительном применении, не вызывая развития тахикардии [35].

Заключение

С научной и практической точек зрения дыхательные пути и уши рассматриваются как единая функционирующая система, имеющая общую анатомическую (слизистая оболочка) и физиологическую (мукоцилиарный клиренс) основу. При АР воспаление не ограничивается только полостью носа. Болезнь редко протекает изолированно, ее тяжесть усугубляется коморбидными заболеваниями, среди которых немалая роль принадлежит ЭСО и аденоидам. Поэтому в междисциплинарной проблеме, каковой является в настоящее время АР, роль оториноларингологов абсолютно не вызывает сомнений.

Раскрытие интересов. Авторы декларируют отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией настоящей статьи.

Disclosure of interest. The authors declare that they have no competing interests.

Вклад авторов. Авторы декларируют соответствие своего авторства международным критериям ICMJE. Все авторы в равной степени участвовали в подготовке публикации: разработка концепции статьи, получение и анализ фактических данных, написание и редактирование текста статьи, проверка и утверждение текста статьи.

Authors' contribution. The authors declare the compliance of their authorship according to the international ICMJE criteria. All authors made a substantial contribution to the conception of the work, acquisition, analysis, interpretation of data for the work, drafting and revising the work, final approval of the version to be published and agree to be accountable for all aspects of the work.

Источник финансирования. Статья подготовлена при поддержке фармацевтической компании «Олайнфарм РУС». При подготовке рукописи авторы сохранили независимость мнений.

Funding source. This study was supported by Olainfarm RUS. During the preparation of the manuscript, the authors maintained their independence of opinion.

Информированное согласие на публикацию. Пациент подписал форму добровольного информированного согласия на публикацию медицинской информации.

Consent for publication. Written consent was obtained from the patient for publication of relevant medical information and all of accompanying images within the manuscript.

Литература/References

- Gani F, Cottini M, Landi M, et al. Allergic rhinitis and COVID-19: friends or foes? *Eur Ann Allergy Clin Immunol.* 2022;54(2):53-9. DOI:10.23822/EurAnnACI.1764-1489.234
- Liva GA, Karatzanis AD, Prokopakis EP. Review of Rhinitis: Classification, Types, Pathophysiology. *J Clin Med.* 2021;10(14):3183. DOI:10.3390/jcm10143183
- Bousquet PJ, Demoly P, Devillier P, et al. Impact of allergic rhinitis symptoms on quality of life in primary care. *Int Arch Allergy Immunol.* 2013;160(4):393-400. DOI:10.1159/000342991
- Zicari AM, Occasi F, Cesoni Marcelli A, et al. Assessing the relationship between serum resistin and nasal obstruction in children with allergic rhinitis. *Am J Rhinol Allergy.* 2013;27(5):127-30. DOI:10.2500/ajra.2013.27.3944
- Thanaviratnanich S, Cho SH, Ghoshal AG, et al. Burden of respiratory disease in Thailand: Results from the APBORD observational study. *Medicine (Baltimore).* 2016;95(28):e4090. DOI:10.1097/MD.0000000000004090
- Черняк Б.А., Воржева И.И. Коморбидные заболевания при аллергическом рините. *Астма и аллергия.* 2017;1:3-7 [Chernyak BA, Vorgeva II. Comorbid diseases in allergic rhinitis. *Asthma and Allergy.* 2017;1:3-7 (in Russian)].
- Morais-Almeida M, Wandalsen GF, Solé D. Growth and mouth breathers. *J Pediatr (Rio J).* 2019;95(1):66-71. DOI:10.1016/j.jpmed.2018.11.005
- Evcimik MF, Dogru M, Cirik AA, Nepsesov MI. Adenoid hypertrophy in children with allergic disease and influential factors. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol.* 2015;79(5):694-7. DOI:10.1016/j.ijporl.2015.02.017
- Cho KS, Kim SH, Hong SL, et al. Local Atopy in Childhood Adenotonsillar Hypertrophy. *Am J Rhinol Allergy.* 2018;32(3):160-6. DOI:10.1177/1945892418765003
- Nuhoglu C, Nuhoglu Y, Bankaoglu M, Ceran O. A retrospective analysis of adenoidal size in children with allergic rhinitis and nonallergic idiopathic rhinitis. *Asian Pac J Allergy Immunol.* 2010;28(2-3):136-40.
- Bozkurt G, Dizdar SK, Korkut AY, Coşkun BU. Adenoid Vegetation in Children with Allergic Rhinitis. *Turk Arch Otorhinolaryngol.* 2015;53(4):168-72. DOI:10.5152/tao.2015.1359

- Marazzato M, Zicari AM, Aleandri M, et al. 16S metagenomics reveals dysbiosis of nasal core microbiota in children with chronic nasal inflammation: role of adenoid hypertrophy and allergic rhinitis. *Front Cell Infect Microbiol.* 2020;10:458. DOI:10.3389/fcimb.2020.00458
- Modrzyński M, Zawisza E, Mazurek H. The influence of medical treatment of the perennial allergic rhinitis on the adenoid size in children. *Otolaryngol Pol.* 2006;60(4):543-50 (in Polish).
- Dogru M, Evcimik MF, Calim OF. Does adenoid hypertrophy affect disease severity in children with allergic rhinitis? *Eur Arch Otorhinolaryngol.* 2017;274(1):209-13. DOI:10.1007/s00405-016-4196-x
- Yang Y, Li X, Ma Q, et al. Detecting epidemiological relevance of adenoid hypertrophy, rhinosinusitis, and allergic rhinitis through an Internet search. *Eur Arch Otorhinolaryngol.* 2022;279(3):1349-55. DOI:10.1007/s00405-021-06885-4
- Colavita L, Miraglia Del Giudice M, Strosio G, et al. Allergic rhinitis and adenoid hypertrophy in children: is adenoidectomy always really useful? *J Biol Regul Homeost Agents.* 2015;29(2 Suppl. 1):58-63.
- Warman M, Granot E, Halperin D. Improvement in allergic and nonallergic rhinitis: A secondary benefit of adenoidectomy in children. *Ear Nose Throat J.* 2015;94(6):220;222;224-7. DOI:10.1177/014556131509400607
- Lee DJ, Chung YJ, Yang YJ, Mo JH. The Impact of Allergic Rhinitis on Symptom Improvement in Pediatric Patients After Adenotonsillectomy. *Clin Exp Otorhinolaryngol.* 2018;11(1):52-7. DOI:10.21053/ceo.2017.00500
- Yurtsever N, Soyugit S, Sozener ZC, et al. Is Adenoidectomy and/or Tonsillectomy a Risk Factor for Allergic Diseases and Asthma in Adulthood? *Eurasian J Med.* 2018;50(3):152-5. DOI:10.5152/eurasianjmed.2018.17182
- Akçay A, Tamay Z, Hocaoglu AB, et al. Risk factors affecting asthma prevalence in adolescents living in Istanbul, Turkey. *Allergol Immunopathol (Madr).* 2014;42:449-58. DOI:10.1016/j.jaller.2013.05.005
- Рахманова И.В., Солдатский Ю.Л., Матроскин А.Т., и др. Роль гастроэзофагеальной рефлюксной болезни в формировании хронического экссудативного среднего отита у детей первого года жизни. *Вестник оториноларингологии.* 2018;83(2):14-6 [Rakhmanova IV, Soldatskii YuL, Matroskin AG, et al. The role of gastroesophageal reflux disease in the development of chronic exudative otitis media in the children during the first year of life. *Vestnik Otorinolaringologii.* 2018;83(2):14-6 (in Russian)]. DOI:10.17116/otorino201883214-6
- Zernotti ME, Pawankar R, Ansotegui I, et al. Otitis media with effusion and atopy: is there a causal relationship? *World Allergy Organ J.* 2017;10(1):37. DOI:10.1186/s40413-017-0168-x
- Mills R, Hathorn I. Aetiology and pathology of otitis media with effusion in adult life. *J Laryngol Otol.* 2016;130(5):418-24. DOI:10.1017/S0022215116000943
- Atkinson H, Wallis S, Coatesworth AP. Otitis media with effusion. *Postgrad Med.* 2015;127(4):381-5. DOI:10.1080/00325481.2015.1028317
- Passali D, Passali GC, Lauriello M, et al. Nasal Allergy and Otitis Media: A real correlation? *Sultan Qaboos Univ Med J.* 2014;14(1):59-64. DOI:10.12816/0003337
- Yeo SG, Park DC, Eun YG, Cha CI. The role of allergic rhinitis in the development of otitis media with effusion: effect on eustachian tube function. *Am J Otolaryngol.* 2007;28(3):148-52. DOI:10.1016/j.amjoto.2006.07.011
- Rosenfeld RM, Shin JJ, Schwartz SR, et al. Clinical Practice Guideline: Otitis Media with Effusion (Update). *Otolaryngol Head Neck Surg.* 2016;154(1):1-41. DOI:10.1177/0194599815623467
- Bousquet J, Schünemann HJ, Togias A, et al. Allergic Rhinitis and Its Impact on Asthma (ARIA) Working Group. 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):70-83. DOI:10.1016/j.jaci.2019.06.049
- Шиленькова В.В., Ненасева Н.М. Аллергический ринит: на чем основан выбор лекарственного препарата пациентом? Результаты российского исследования. *Вестник оториноларингологии.* 2021;86(2):54-61 [Shilenkova VV, Nenasheva NM. Allergic rhinitis: what is the patient's choice of drug based on? Russian study's results. *Vestnik Otorinolaringologii.* 2021;86(2):54-61 (in Russian)]. DOI:10.17116/otorino20218602154
- Wise SK, Lin SY, Toskala E. International consensus statement on allergy and rhinology: allergic rhinitis-executive summary. *Int Forum Allergy Rhinol.* 2018;8(2):85-107. DOI:10.1002/alf.22070
- Bousquet J, Hellings PW, Agache I, et al. Allergic Rhinitis and Its Impact on Asthma (ARIA) Phase 4 (2018): Change management in allergic rhinitis and asthma multimorbidity using mobile technology. *J Allergy Clin Immunol.* 2019;143(3):864-79. DOI:10.1016/j.jaci.2018.08.049
- Белан Э.Б., Гутов М.В. Антигистаминные производные хинуклидинов. *Клиническая дерматология и венерология.* 2010;8(5):76-83 [Belan EB, Gutov MV. Antihistaminic chinculidine derivatives. *Klinicheskaya dermatologiya i venerologiya.* 2010;8(5):76-83 (in Russian)].
- Tilgada E, Ennis M. Histamine pharmacology: from Sir Henry Dale to the 21st century. *Br J Pharmacol.* 2020;177(3):469-89. DOI:10.1111/bph.14524
- Лусс Л.В. Антигистаминные препараты для парентерального введения. Фенкарол – первый антигистаминный препарат без выраженного седативного эффекта для парентерального введения. *Российский аллергологический журнал.* 2015;12(1):54-9 [Luss LV. Fenkarol – the first non-sedative antihistamine for parenteral administration. *Russian Journal of Allergy.* 2015;12(1):54-9 (in Russian)]. DOI:10.36691/RJA491
- Орлов Е.В., Меркулова Т.Б., Коннов П.Е. Клинический опыт применения антигистаминных производных хинуклидина в комплексной терапии зудящих дерматозов. *Клиническая дерматология и венерология.* 2014;12(6):74-81 [Orlov EV, Merkulova TB, Konnov PE. Clinical experience of using antihistamine quinuclidine derivatives in combination therapy of itching dermatosis. *Klinicheskaya dermatologiya i venerologiya.* 2014;12(6):74-81 (in Russian)].
- Лусс Л.В., Шартанова Н.В. Антигистаминные препараты – производные хинуклидина при аллергических заболеваниях. В чем преимущество? *Терапевтический архив.* 2013;85(1):103-6 [Luss LV, Shartanova NV. Antihistamine drugs, quinuclidine derivatives, in allergic diseases. What is their benefit? *Terapevticheskii Arkhiv (Ter. Arkh.).* 2013;85(1):103-6 (in Russian)].
- Масальский С.С., Смолкин Ю.С. Место антигистаминных препаратов в терапии зуда кожи детей. *Аллергология и иммунология в педиатрии.* 2021;3(66):4-16 [Masalskiy SS, Smolkin YuS. Place of anti-histamine in therapy of itching skin of children. *Allergology and Immunology in Pediatrics.* 2021;3(66):4-16 (in Russian)]. DOI:10.53529/2500-1175-2021-3-4-16

Статья поступила в редакцию /

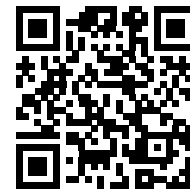
The article received:

14.09.2022

Статья принята к печати /

The article approved for publication:

24.10.2022



OMNIDOCOR.RU