

DOI: 10.31082/1728-452X-2025-241-1-12-19

УДК 616.211-08

ОСОБЕННОСТИ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ СЕЗОННОГО АЛЛЕРГИЧЕСКОГО РИНИТА В МЕГАПОЛИСЕ

А.Д. СВЕТЕНКОВ, <https://orcid.org/0009-0008-2347-6809>,
Ж.Т. МУКАНОВА, <https://orcid.org/0000-0001-5272-1190>,
А.Б. АЙТБЕКОВА, <https://orcid.org/0009-0007-7163-3306>,
М.М. БАРАНКУЛОВА, <https://orcid.org/0000-0002-2658-285X>

НАО «Казахский Национальный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова», г. Алматы, Республика Казахстан

Р Е З Ю М Е

Введение. Наиболее эффективными для лечения аллергического ринита являются пероральные антигистаминные препараты и интраназальные кортикостероиды; в то же время существуют данные, которые говорят о преимуществе в использовании кортикостероидов ввиду лучшего устранения симптомов у пациентов.

Цель исследования. Оценить эффективность двух антигистаминных препаратов второго поколения (цетиризина и левоцетиризина) и двух назальных кортикостероидов (мометазона и флутиказона фуруата) у пациентов с аллергическим ринитом, а также сравнить клинические результаты.

Материалы и методы. В исследование были включены 288 пациентов с аллергическим ринитом, проживавших в городе Алматы и получавших цетиризин, левоцетиризин, мометазона фуруат или флутиказона фуруат. Эффективность лечения оценивалась с использованием общей шкалы оценки назальных симптомов (TNSS), где результаты варьировались от 0 до 12, где 0 означал отсутствие симптомов.

Результаты и обсуждение. Все пациенты прошли трехмесячное наблюдение. Из них 75% принимали антигистаминные препараты, 20% – кортикостероиды, 5% – комбинированные препараты. Средний показатель TNSS для кортикостероидов составил 2,5 балла, для антигистаминов – 5 баллов, а для комбинированных препаратов – 4 балла. Выявлены различия между эффективностью приема кортикостероидов и антигистаминов.

Выводы. В лечении аллергического ринита чаще назначаются пероральные антигистаминные препараты второго поколения, чем местные интраназальные кортикостероиды. Однако пациенты, получавшие кортикостероиды, показывали более эффективный контроль симптомов аллергического ринита.

Ключевые слова: аллергический ринит, мометазона фуруат, флутиказона фуруат, левоцетиризин.

Для цитирования: Светенков А.Д., Муканова Ж.Т., Айтбекова А.Б., Баранкулова М.М. Особенности эффективности лечения сезонного аллергического ринита в мегаполисе // Медицина (Алматы). 2025;1(241):12-19. doi: 10.31082/1728-452X-2025-241-1-12-19

Т У Ж Ы Р Ы М

МЕГАПОЛИСТЕ МАУСЫМДЫҚ АЛЛЕРГИЯЛЫҚ РИНИТТІ ЕМДЕУ ТИІМДІЛІГІНІҢ ЕРЕКШЕЛІКТЕРІ

А.Д. СВЕТЕНКОВ, <https://orcid.org/0009-0008-2347-6809>,
Ж.Т. МУКАНОВА, <https://orcid.org/0000-0001-5272-1190>,
А.Б. АЙТБЕКОВА, <https://orcid.org/0009-0007-7163-3306>,
М.М. БАРАНКУЛОВА, <https://orcid.org/0000-0002-2658-285X>

«С.Ж. Асфендияров атындағы Қазақ Ұлттық медицина университеті» КеАҚ, Алматы қ., Қазақстан Республикасы

Кіріспе. Аллергиялық ринитті емдеуде ең тиімді дәрілер – пероральді антигистаминді препараттар мен интраназальді кортикостероидтар; осыған қоса, кортикостероидтарды қолданудың артықшылығы туралы деректер бар, себебі олар пациенттерде симптомдардың жақсы жойылуын қамтамасыз етеді.

Зерттеудің мақсаты. Аллергиялық ринитпен ауыратын пациенттерде екі антигистаминді препараттың (цетиризин мен левоцетиризин) және екі назальді кортикостероидтың (мометазон фуруаты мен флутиказон фуруаты) тиімділігін бағалау және клиникалық нәтижелерін салыстыру.

Материал және әдістері. Зерттеуге цетиризин, левоцетиризин, мометазон фуруат немесе флутиказон фуруат қабылдаған Алматы қаласында тұратын аллергиялық риниті бар 288 пациент енгізілді. Емдеудің тиімділігі жалпы назальді симптомдар бағалау шкаласы (TNSS) арқылы бағаланды, оның нәтижелері 0-ден 12-ге дейін өзгеріп отырды, мұндағы 0 - симптомдардың болмауын білдіреді.

Нәтижелері және талқылауы. Барлық пациенттер үш айлық бақылаудан өтті. Олардың 75%-ы антигистаминді препараттар қабылдады, 20%-ы кортикостероидтар алды, 5%-ы комбинирленген препараттар қолданды. Кортикостероидтар үшін орташа TNSS көрсеткіші 2,5 балды,

Контакты: Светенков Алексей Дмитриевич, ассистент кафедры оториноларингологии НАО «Казахский Национальный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова», г. Алматы, e-mail: alex-23_92@mail.ru,

Contacts: Svetenkov Aleksey Dmitrievich, assistant of the Department of Otorhinolaryngology of Asfendiyarov Kazakh National Medical University, Almaty, e-mail: alex-23_92@mail.ru

Поступила: 27.01.2025
Принята: 20.03.2025

антигистаминдер үшін - 5 балды, ал комбинирленген препараттар үшін - 4 балды құрады. Кортикостероидтар мен антигистаминдердің тиімділігі арасында айырмашылықтар анықталды.

Қорытынды. Аллергиялық ринитті емдеуде екінші буын антигистаминді препараттар жиі тағайындалады, бірақ кортикостероидтар алған пациенттер аллергиялық ринит симптомдарының тиімдірек бақылауын көрсетті.

Негізгі сөздер: аллергиялық ринит, мометазон фуораты, флутиказон фуораты, левоцетиризин.

Дәйексөз үшін: Светенков А.Д., Мұқанова Ж.Т., Айтбекова А.Б., Баранкулова М.М. Мераполисте маусымдық аллергиялық ринитті емдеу тиімділігінің ерекшеліктері // Медицина (Алматы). 2024;4(240):12-19. doi: 10.31082/1728-452X-2024-240-4-12-19

S U M M A R Y

FEATURES OF THE EFFECTIVENESS OF TREATING SEASONAL ALLERGIC RHINITIS IN THE METROPOLIS

AD SVETENKOV, <https://orcid.org/0009-0008-2347-6809>,

ZhT MUKANOVA, <https://orcid.org/0000-0001-5272-1190>,

AB AITBEKOVA, <https://orcid.org/0009-0007-7163-3306>,

MM BARANKULOVA, <https://orcid.org/0000-0002-2658-285X>

Asfendiyarov Kazakh National Medical University, Almaty, Republic of Kazakhstan

Introduction. The most effective treatments for allergic rhinitis are oral antihistamines and intranasal corticosteroids; however, there is evidence that corticosteroids are superior due to better symptom relief in patients.

Objective. To evaluate the efficacy of two second-generation antihistamines (cetirizine and levocetirizine) and two nasal corticosteroids (mometasone and fluticasone furoate) in patients with allergic rhinitis and to compare clinical outcomes.

Material and methods. 288 patients with allergic rhinitis living in Almaty treated with cetirizine, levocetirizine, mometasone furoate or fluticasone furoate were included in the study. Treatment efficacy was assessed using the total nasal symptom score (TNSS), where scores ranged from 0 to 12, where 0 meant no symptoms.

Results and discussion. All patients underwent a three-month follow-up. Of them, 75% were taking antihistamines, 20% were taking corticosteroids, and 5% were taking combination drugs. The mean TNSS score was 2.5 for corticosteroids, 5 for antihistamines, and 4 for combination drugs. Differences between the efficacy of taking corticosteroids and antihistamines were found.

Conclusion. Second-generation oral antihistamines are more frequently prescribed in the treatment of allergic rhinitis than topical intranasal corticosteroids. However, patients treated with corticosteroids showed better control of allergic rhinitis symptoms.

Keywords: allergic rhinitis, mometasone furoate, fluticasone furoate, levocetirizine.

For reference: Svetenkov AD, Mukanova ZhT, Aitbekova AB, Barankulova MM. Features of the effectiveness of treating seasonal allergic rhinitis in the metropolis. *Meditsina (Almaty) = Medicine (Almaty)*. 2025;1(241):12-19. (In Russ.). doi: 10.31082/1728-452X-2025-241-1-12-19

ВВЕДЕНИЕ

Аллергический ринит (АР) является иммуноглобулином Е (IgE) -опосредованной реакцией гиперчувствительности I типа слизистой оболочки носовой полости к аллергенам [1]. АР часто ассоциируется с сезонным или многолетним воздействием наружной пыли и плесени, а также аллергическими триггерами в помещении [2].

Аллергический ринит является глобальной проблемой здравоохранения, затрагивающей 5-50% населения, и его распространенность растет. В нашем сообществе страдают около 21% людей. Актуальность проблемы АР характеризуется самой высокой распространенностью заболевания среди других аллергических нозологий. Заболеваемость АР в 2021 г. в Республике Казахстан составила 201,6 случая на 100 тыс. населения, по городу Алматы соответствующий показатель – 577,1 [3].

Это не только наиболее частое аллергическое заболевание, но и одна из 10 наиболее частых причин обращения за медицинской помощью, что имеет важное экономиче-

ское значение. Хотя АР не является тяжелым заболеванием, было признано, что оно оказывает большое влияние на качество жизни (КЖ), ухудшает социальную жизнь и продуктивность в школе и на работе, а также влечет за собой повышенные социальные издержки. За последние 10 лет все больше усилий было направлено на то, чтобы понять социально-экономическое бремя АР с точки зрения производительности труда, что позволило выявить важные результаты, особенно в развитых и западных странах. АР наряду с депрессией является одной из первых причин невыходов на работу, особенно в весенний сезон. По статистике 1 из 10 работников на предприятии страдает АР, более того, до 70% больных не подозревают о негативных последствиях болезни [4]. Потеря производительности труда является серьезной проблемой, когда сотрудники выполняют свои трудовые обязанности не в полном объеме, что известно как «презентеизм».

Растет осведомленность о том, что многие пациенты с сезонными или круглогодичными симптомами, но с

отрицательными кожными и *in vitro* тестами на чувствительность к аллергенам, имеют топический (местный) аллергический ринит, диагностируемый по наличию аллерген-специфических IgE в их назальном секрете или по положительному назальному тесту с аллергеном, или по тому и другому [5].

Загрязненность воздуха создаёт серьёзные риски для здоровья жителей крупных городов Казахстана. По данным глобальной платформы мониторинга качества воздуха IQAir, в Алматы концентрации PM_{2.5} регулярно превышают пределы, установленные руководящими принципами ВОЗ по качеству воздуха, и в течение года превышение может быть 17-кратным. Глобальные издержки, связанные с нанесением ущерба здоровью человека в результате воздействия атмосферных PM_{2.5}, составили в 2016 году 5,7 триллиона долларов США, что соответствует 4,8% глобального ВВП. Эта оценка на 50% выше, чем оценка на 2013 год во Всемирном банке. Согласно оценкам, приведённым в одном из исследований Всемирного банка, которое было опубликовано в 2020 году, ежегодно загрязнение воздуха становится причиной более 10 тысяч преждевременных смертей и обходится экономике США более чем в 10,5 млрд долл. США. В большинстве случаев заболевания и преждевременная смертность, связанные с низким качеством воздуха, в частности, высокой концентрацией PM_{2.5}. Общие издержки в Республике Казахстан за 2016 год, связанные с ущербом для здоровья, то есть смертностью (9360 человек) и заболеваемостью, в результате выбросов атмосферных PM_{2.5} по подсчетам составили 23,9 млн долларов США [6].

По данным отечественных исследователей, в статье Керимрай А., Байматовой Н., Ибрагимовой О.П., Буkenова Б., Кенесова Б., Плотицына П., Караджа Ф.: «Оценка изменений качества воздуха в крупных городах во время самоизоляции в связи с COVID-19: влияние городских условий без движения в Алматы, Казахстан» сравнивались изменения ежедневных концентраций PM_{2.5}, NO₂, SO₂, CO, O₃ и ВТЕХ между периодами до и во время блокировки. Во время самоизоляции концентрация PM_{2.5} снизилась на 21% с пространственными вариациями на 6-34% по сравнению со средним значением в те же дни в 2018-2019 гг., и все же превышала дневные предельные значения ВОЗ в течение 18 дней. Также наблюдалось значительное снижение концентрации CO и NO₂ на 49% и 35%, соответственно, но повышение уровня O₃ на 15% по сравнению с предыдущими 17 днями до блокировки [7].

Сезон аллергии у жителей г. Алматы в 2022 г. затянулся до конца октября по причине отсутствия проливных дождей и засушливого климата в течение 4-х месяцев в летне-осенний период (данные, предоставленные КазГидромет). По архивным данным портала IQAir уровень взвешенных частиц PM_{2.5} находился в максимальных пределах 333, что характеризуется наивысшей степенью загрязненности с высочайшим риском для здоровья населения. По этой причине пациенты г. Алматы не смогли вовремя закончить антиаллергическое лечение, тяжесть течения сезонного аллергического ринита (САР) осложнилась аллергическими риносинуситами, качество жизни снизилось по сравнению с предыдущими годами в сезон цветения растений в г. Алматы.

Симптомы, связанные с этой патологией, такие как ринорея, слезотечение, покраснение конъюнктивы, зуд и

назальная обструкция, существенно влияют на качество жизни, социальную и трудовую деятельность, поэтому очень важно предложить пациенту безопасные и эффективные препараты, чтобы избавить его от этих симптомов, предотвратить их появление или быстро купировать симптомы [8].

В биохимических процессах гистамин играет важную роль в биологических процессах, способствующих аллергической реакции. Он высвобождается в первую очередь при дегрануляции тучных клеток, которая может быть как иммуноглобулин IgE-зависимой, так и не-IgE-зависимой, а затем может связываться с гистаминовыми рецепторами (H1 R- H4 R), выраженными на различных тканях и клетках. Большинство важных эффектов гистамина при аллергическом воспалении опосредованы H1-рецептором включая бронхоконстрикцию, ноцицепцию, вазодилатацию и клеточную миграцию [9].

H1-антигистаминные препараты блокируют провоспалительное действие гистамина, действуя как обратные агонисты, снижая регуляцию H1 рецептора [10].

В мировой практике терапии аллергического ринита существует огромное количество вариантов, среди которых можно выделить пероральные и топические антигистаминные препараты, лейкотриеновые ингибиторы, интраназальные деконгестанты, солевые растворы и топические интраназальные кортикостероиды [11]. В научных исследованиях имеются данные, свидетельствующие о том, что лечение антигистаминными препаратами второго поколения или интраназальными кортикостероидами является первым выбором во всех случаях; в частности, в группе интраназальных кортикостероидов следует выделить мометазона фураат, который является синтетическим глюкокортикоидом, способным подавлять образование, высвобождение и активацию продукции и клеточных медиаторов, которые проводят контроль и, возможно, появление новых эпизодов [12]. Более доступными в ценовой политике и уровню распространенности в мировой практике среди антиаллергических препаратов являются антигистаминные препараты. H1-антигистамины (АГ), доступные с 1940-х годов, являются основным средством лечения аллергических состояний, таких как аллергический ринит и крапивница [13].

Цель исследования – выяснить особенности назначения двух антигистаминных препаратов второго поколения (цетиризин, левоцетиризин) и двух назальных кортикостероидов (мометазона и флутиказона фураат), а также сравнить клинические результаты после 12-недельного наблюдения за алматинской группой пациентов с аллергическим ринитом, лечившихся у врачей-оториноларингологов.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

В обсервационном когортном аналитическом исследовании путем последовательной выборки были включены пациенты с диагнозом аллергического ринита в соответствии с критериями классификации, предложенными в исследовании Allergic Rhinitis and its Impact on Asthma (ARIA) [14], без возрастных ограничений, которые были кандидатами на лечение – в соответствии с медицинскими критериями – цетиризином, левоцетиризином (использовался левоцетиризин с торговым названием «Л-цет» в дозе 5 мг, фармацевтической компании «Kusum»), ин-

траназальными глюкокортикостероидами: флутиказона фуруат, мометазона фуруат, получившие консультации оториноларингологов и аллергологов в частных клиниках города Алматы. Информированное согласие пациентов на участие в исследовании было получено. Пациенты с диагнозом аллергического ринита, получавшие другие препараты, а также те, кто не согласился участвовать в исследовании добровольно, не были включены в эту выборку. Каждому пациенту уделяли внимание, им был выставлен соответствующий диагноз и назначено лечение в соответствии со своими клиническими протоколами. Контрольные осмотры определялись лечащим врачом, но для целей анализа последний доступный контроль был зафиксирован на 12-й неделе наблюдения (2 недели).

Симптомы, связанные с заболеванием, оценивались с помощью общей шкалы назальных симптомов (TNSS), включающую ринорею, зуд в носу, чихание и заложенность носа, по шкале Лайкерта (0 - нет симптомов, 1 - легкие симптомы, 2 - умеренные симптомы, 3 - тяжелые симптомы). Эта шкала дает возможные значения от 0 до 12, где 0 - это отсутствие симптомов, а 12 - максимально возможная интенсивность симптомов [15, 16]. Наконец, оценивались серьезные нежелательные явления, определяемые как госпитализация, побочные эффекты, рецидивы и серьезные инфекции. При статистическом анализе было проведено общее описание исследуемых переменных с использованием измерения частоты, статистики центральной тенденции и дисперсии в соответствии со шкалой измерения каждого параметра. Для переменной типа назначения были рассчитаны абсолютные и относительные частоты по конкретным препаратам, которые были сгруппированы по трем альтернативам (интраназальные кортикостероиды, антигистаминные препараты и комбинации). Клинические исходы оценивались по шкале TNSS. Начальные и конечные баллы для всей когорты были задокументированы, а градиент улучшения рассчитывался путем вычитания конечного балла из начального. Начальные, конечные и градиентные оценки были описаны для трех групп с указанием минимального 25-го процентиля медианы, 75-го процентиля и максимума. Поскольку значения переменной TNSS не имели нормального распределения, статистическое сравнение проводилось с использованием непараметрического теста Крускала-Уоллиса и теста Данна (Dunn posthoc). Для оценки возможных сопутствующих факторов была проведена многомерная линейная регрессионная модель, в которой в качестве зависимой переменной использовался конечный показатель TNSS, а в качестве независимой переменной - тип лечения, с контролем возраста, пола и исходного показателя TNSS. Серьезные нежелательные явления описывались с помощью абсолютных и относительных частот. Для проверки гипотез было определено значение α на уровне 0,05, считая, что р-значение ниже этой точки отсечения будет статистически значимым.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Всего в исследовании участвовало 288 пациентов, которые дошли до конца трехмесячного клинического наблюдения, в результате чего процент соблюдения врачебного контроля составил 75%. Когорта на 59% состояла из женщин (169/288). Возраст пациентов варьировал от 1 года до 85 лет, медиана составила 25,5 лет, 50% пациен-

тов были в возрасте от 6 до 52 лет; 37% пациентов были моложе 18 лет (116/288).

Среди 288 пациентов, дошедших до конца исследования 3-х месяцев, были разработаны различные схемы лечения, включающие два вида пероральных антигистаминных препаратов (левоцетиризин и цетиризин), два вида интраназальных кортикостероидов (мометазона фуруат и флутиказона фуруат) и комбинации этих препаратов.

Что касается использования антигистаминных препаратов, то левоцетиризин составил 42% от общего числа назначений, а цетиризин - 31%. Доля интраназальных кортикостероидов составила 15% для мометазона фуруата и 6% для флутиказона фуруат. Для целей анализа группы лечения были разделены на интраназальные кортикостероиды, пероральные антигистаминные препараты и комбинации интраназального кортикостероида и перорального антигистамина. Антигистаминные препараты составили 73%, аэрозольные кортикостероиды для интраназального применения - 21%, а комбинация этих двух групп - 6%. Подробная информация о назначении препаратов представлена в таблице 1.

Таблица 1 - Таблица по назначениям препаратов

Препараты	n	%
Левоцетиризин	121	42
Цетиризин	89	31
Всего антигистаминные препараты	210	73
Флутиказона фуруат	17	6
Мометазона фуруат	43	15
Всего кортикостероидов	60	21
Флутиказона фуруат-цетиризин	1	0
Мометазона фуруат-левоцетиризин	11	4
Мометазона фуруат-цетиризин	6	2
Всего комбинированные	18	6
Все назначения	288	100

Клинические показатели

Исходная оценка TNSS для всей когорты показала значения от 5 до 12, с медианой 8. В группе лечения кортикостероидами исходная медиана составила 7, а в группах лечения антигистаминными препаратами и комбинированной терапии медиана составила 8, без значимых исходных различий между группами (p-value: 0,14).

Результаты после окончания наблюдения показали значения от 1 до 12, с медианой 5. В группе, получавшей кортикостероиды, медиана составила 2,5; в группе антигистаминных препаратов - 5, а в объединенной группе - 4. Непараметрический тест Крускала-Уоллиса показал значительные различия между группами (p-value: 0,0001), а постхоковый тест Данна позволил установить, что эти различия значимы в пользу кортикостероидов по сравнению с антигистаминными препаратами (p-value: 0,0000). Не удалось установить различия между антигистаминными препаратами и комбинированной терапией (p-value: 0,12) и между кортикостероидами и комбинированной терапией (p-value: 0,16).

Для установления градиента снижения баллов рассчитывалась разница в TNSS для каждого субъекта. Медиана снижения для всей когорты составила 4 балла. В группе, получавшей кортикостероид, медиана снижения состави-

ла 5 баллов, в группе антигистаминных препаратов – 3, а в совокупности – 4 балла. Непараметрический тест Kruskal-Wallis позволил установить, что хотя бы одна из групп различается (p -value: 0,0008), а posthoc Dunn тест позволил установить, что эта разница значима в пользу кортикостероидов по сравнению с антигистаминными препаратами (p -value: 0,0003). Не удалось установить различия между антигистаминными препаратами и комбинирован-

ной терапией (p -value: 0,37) и между кортикостероидами и комбинированной терапией (p -value: 0,66). Описательная статистика представлена в таблице 2.

Модель многомерного анализа показала, что при контроле потенциальных факторов-провокаторов ИГКС могут снизить итоговый показатель TNSS на 4,5 балла (95% доверительный интервал: 3,5-5,5). Модель многомерного анализа представлена в таблице 3.

Таблица 2 - Распределение общей шкалы назальных симптомов (TNSS) по группам лечения. Исходная и конечная разница

Лечение	TNSS	Минимум	p25	p50	p75	Максимум
Антигистамины ($n=210$)	Исходная	5	5	8	12	12
	Всего (12 недель)	1	4	5	6	12
	Разница (исходная-конечная)	-1	1	3	6	11
ИГКС ($n=60$)	Исходная	5	5	7	11	12

Таблица 3 - Модель многомерного анализа

Показатели	Коэффициент (β)	95% CI	p -value
Назальный кортикостероид	-4.5	-3.5; -5.5	0.000
Антигистаминный препарат	1.05	-0.18; 2.2	0.09
Комбинация	-0.62	-1.9; 0.67	0.34
Возраст	0.004	-0.007; 0.01	0.48
Пол (0: женский; 1: мужской)	0.32	-0.23; 0.88	0.25
Исходная TNSS	0.27	0.18; 0.36	0.000

Ни в одной из групп лечения не было зарегистрировано серьезных нежелательных явлений, и ни в одном случае не было зафиксировано приостановки лечения в связи с нежелательным явлением.

ОБСУЖДЕНИЕ

В современное время антигистаминные препараты в комбинации с интраназальными глюкокортикостероидами являются наиболее распространенными методами лечения аллергических ринитов как сезонных, так и круглогодичных.

Исторически сложилось так, что антигистаминные препараты ассоциируются с такими побочными явлениями, как головокружение, седативный эффект и сонливость. Однако это мнение неверное, антигистаминные препараты первого поколения вызывают седативные эффекты за счет прохождения через гематоэнцефалический барьер, антигистаминные препараты второго поколения не проходят через этот барьер и не вызывают вышеперечисленные нежелательные явления.

Антигистаминные препараты второго поколения считаются сегодня эффективной альтернативой для лечения аллергического ринита благодаря их профилю безопасности и контролю наиболее частых назальных симптомов. Однако при сравнении с ИГКС имеются данные о том, что кортикостероиды лучше контролируют симптомы, поэтому некоторые врачи рекомендуют их вместо антигистаминных препаратов [8]. В контексте настоящего исследования большинство пациентов получали антигистаминные препараты (73%), и только в 21% случаев врачи назначали интраназальные кортикостероиды. Нельзя не сказать, что эти врачи действуют небезосновательно, ведь можно перечислить множество научных статей с доказательствами эффективности антигистаминных препаратов, многие зарубежные авторы в своих руководствах

по клинической практике рекомендуют использовать антигистаминные препараты в качестве первой альтернативы выбора [17, 18, 19]. В систематическом обзоре эффективности антигистаминов второго поколения у пациентов с АР и астмой авторы пришли к выводу, что АГ обеспечивают стероидосберегающий эффект. Качество жизни (КЖ) пациентов с комбинированной астмой и АР улучшается при использовании АГ (по сравнению с плацебо). Было отмечено значительное и клинически значимое улучшение КЖ [20]. В рекомендациях ARIA указано, что КЖ является наиболее важным критерием исхода у пациентов с АР [8].

Важно отметить, что в одной из последних обзорных статей, опубликованной в журнале JAMA в 2024 году, на основании описательной части был сделан вывод о том, что тактика лечения аллергического ринита должна включать антигистаминные препараты второго поколения, интраназальные антигистаминные препараты и интраназальные кортикостероиды и должна выбираться на основе тяжести и частоты симптомов и предпочтений пациента [20]. При распределении рецептов было обнаружено, что только низкий процент (6%) указывал на комбинированное лечение антигистаминными препаратами с интраназальными кортикостероидами. Часто задавался вопрос у врачей при выборе тактики лечения аллергического ринита, учитывая тяжесть течения заболевания: «Следует ли использовать для лечения аллергического ринита комбинацию перорального H1-антигистаминного препарата и интраназального кортикостероида в сравнении с одним только интраназальным кортикостероидом?». Клинические результаты настоящего исследования, основанные на оценке по шкале TNSS, показали большую эффективность у пациентов, получавших интраназальные аэрозольные кортикостероиды. Это было подтверждено значением, полученным

при оценке симптомов на 12 неделе наблюдения, и градиентом результатов между начальной оценкой TNSS и конечной TNSS. Важно подчеркнуть, что этот результат был подтвержден в многомерной модели с поправкой на возможные сопутствующие факторы. Интраназальные кортикостероиды превосходят пероральные антигистаминные препараты в плане контроля назальных симптомов у пациентов с аллергическим ринитом. Подводя итог, можно утверждать, что, несмотря на различия в дизайне и оцениваемых результатах, существуют последовательные результаты, которые подтверждают выводы, полученные в настоящем исследовании, и, следовательно, данные свидетельствуют о том, что интраназальные кортикостероиды должны быть предпочтительнее в монотерапии по сравнению с антигистаминными препаратами или их комбинациями.

ВЫВОДЫ

Важно подчеркнуть, что процент назначения антигистаминных препаратов второго поколения (цетиризин и левоцетиризин) группой оториноларингологов и аллергологов, которые ведут свою клиническую практику в городе Алматы, заметно превосходит процент назначения интраназальных кортикостероидов при лечении аллергического ринита, а использование комбинированной терапии пропорционально мало. Хотя такой подход соответствует рекомендациям, содержащимся в различных руководствах по клинической практике, среди врачей можно найти доказательства того, что, несмотря на эффективность антигистаминных препаратов, кортико-

стероиды для интраназального применения, такие как мометазона фуруат и флутиказона фуруат, лучше всего справляются с назальными симптомами при АР.

Кроме того, было продемонстрировано, что комбинированное лечение не превосходит лечение антигистаминными препаратами или интраназальными кортикостероидами в виде монотерапии, что является причиной, по которой не следует рекомендовать рутинное применение комбинаций такого типа, что подтверждается результатами этого исследования. Важным представляется персонализированный подход в выборе тактики терапии аллергического ринита в условиях мегаполиса, особенно при длительном вынужденном пребывании пациентов в городских, не всегда экологически благоприятных условиях, утяжеляющих течение заболевания.

Прозрачность исследования

Исследование не имело спонсорской поддержки.

Декларация о финансовых и других взаимоотношениях

Авторы не получали гонорар за исследование.

Вклад авторов

Все авторы принимали равное участие в разработке концепции и дизайна исследования; анализе и обработке данных; написании первого варианта статьи; в окончательном утверждении статьи для печати.

Конфликт интересов

Статья написана при содействии и информационной поддержке фармацевтической компании «Kusim». Пациенты приобретали все назначенные препараты самостоятельно в розничных аптеках города Алматы.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Nur Husna SM, Tan HT, Md Shukri N, Mohd Ashari NS, Wong KK. Allergic Rhinitis: A Clinical and Pathophysiological Overview // *Front Med (Lausanne)*. 2022 Apr 7;9:874114. doi: 10.3389/fmed.2022.874114. PMID: 35463011; PMCID: PMC9021509
2. D'Amato G, Murrieta-Aguttes M, D'Amato M, Ansotegui IJ. Pollen respiratory allergy: Is it really seasonal? // *World Allergy Organ J*. 2023 Jul 15;16(7):100799. doi: 10.1016/j.waojou.2023.100799. PMID: 37520612; PMCID: PMC10384659
3. Игиссинов Н.С., Уразова С.Н., Сулейменова А.С., Молдабаева А.Г., Билялова З.А., Сулейменова Г.А. Аллергический и вазомоторный ринит в Казахстане: пространственная оценка заболеваемости // *Медицина (Алматы)*. 2019; 12(210): 2-7. DOI: 10.31082/1728-452X-2019-210-12-2-7
4. Valovirta E, Myrseth SE, Palkonen S. The voice of the patients: allergic rhinitis is not a trivial disease // *Curr Opin Allergy Clin Immunol*. 2008 Feb;8(1):1-9. doi: 10.1097/ACI.0b013e3282f3f42f. PMID: 18188010
5. Hoyte FCL, Nelson HS. Recent advances in allergic rhinitis. *F1000Res*. 2018 Aug 23;7:F1000 Faculty Rev-1333. doi: 10.12688/f1000research.15367.1. PMID: 30210782; PMCID: PMC6107993
6. World Bank. 2020. The Global Cost of Ambient PM2.5 Air Pollution. Report No:AUS0001948. Washington, DC: World Bank; S:57-59;70. Available from: <http://documents1.worldbank.org/curated/en/202401605153894060/pdf/World-The-Global-Cost-of-Ambient-PM2-5-Air-Pollution.pdf>

REFERENCES

1. Nur Husna SM, Tan HT, Md Shukri N, Mohd Ashari NS, Wong KK. Allergic Rhinitis: A Clinical and Pathophysiological Overview. *Front Med (Lausanne)*. 2022 Apr 7;9:874114. doi: 10.3389/fmed.2022.874114. PMID: 35463011; PMCID: PMC9021509
2. D'Amato G, Murrieta-Aguttes M, D'Amato M, Ansotegui IJ. Pollen respiratory allergy: Is it really seasonal? *World Allergy Organ J*. 2023 Jul 15;16(7):100799. doi: 10.1016/j.waojou.2023.100799. PMID: 37520612; PMCID: PMC10384659
3. Igissinov NS, Urazova SN, Suleimenova AS, Moldabayeva AG, Bilyalova ZA, Suleimenova GA. Allergic and vasomotor rhinitis in Kazakhstan: spatial assessment of incidence. *Meditina (Almaty) = Medicine (Almaty)*. 2019;12(210):2-7 (In Russ.). DOI: 10.31082/1728-452X-2019-210-12-2-7
4. Valovirta E, Myrseth SE, Palkonen S. The voice of the patients: allergic rhinitis is not a trivial disease. *Curr Opin Allergy Clin Immunol*. 2008 Feb;8(1):1-9. doi: 10.1097/ACI.0b013e3282f3f42f. PMID: 18188010
5. Hoyte FCL, Nelson HS. Recent advances in allergic rhinitis. *F1000Res*. 2018 Aug 23;7:F1000 Faculty Rev-1333. doi: 10.12688/f1000research.15367.1. PMID: 30210782; PMCID: PMC6107993
6. World Bank. 2020. The Global Cost of Ambient PM2.5 Air Pollution. Report No:AUS0001948. Washington, DC: World Bank; S:57-59;70. Available from: <http://documents1.worldbank.org/curated/en/202401605153894060/pdf/World-The-Global-Cost-of-Ambient-PM2-5-Air-Pollution.pdf>

7. Kerimray A, Baimatova N, Ibragimova OP, Bukenov B, Kenessov B, Plotitsyn P, Karaca F. Assessing air quality changes in large cities during COVID-19 lockdowns: The impacts of traffic-free urban conditions in Almaty, Kazakhstan // *Sci Total Environ*. 2020 Aug 15;730:139179. doi: 10.1016/j.scitotenv.2020.139179. Epub 2020 May 4. PMID: 32387822; PMCID: PMC7198157
8. Brożek JL, Bousquet J, Agache I, Agarwal A, Bachert C, Bosnic-Anticevich S, Brignardello-Petersen R, Canonica GW, Casale T, Chavannes NH, Correia de Sousa J, Cruz AA, Cuello-Garcia CA, Demoly P, Dykewicz M, Etzeandia-Ikobaltzeta I, Florez ID, Fokkens W, Fonseca J, Hellings PW, Klimek L, Kowalski S, Kuna P, Laisaar KT, Larenas-Linnemann DE, Lødrup Carlsen KC, Manning PJ, Meltzer E, Mullol J, Muraro A, O'Hehir R, Ohta K, Panzner P, Papadopoulos N, Park HS, Passalacqua G, Pawankar R, Price D, Riva JJ, Roldán Y, Ryan D, Sadeghirad B, Samolinski B, Schmid-Grendelmeier P, Sheikh A, Togias A, Valero A, Valiulis A, Valovirta E, Ventresca M, Wallace D, Wasserman S, Wickman M, Wiercioch W, Yepes-Nuñez JJ, Zhang L, Zhang Y, Zidarn M, Zuberbier T, Schünemann HJ. Allergic Rhinitis and its Impact on Asthma (ARIA) guidelines-2016 revision // *J Allergy Clin Immunol*. 2017 Oct;140(4):950-958. doi: 10.1016/j.jaci.2017.03.050. Epub 2017 Jun 8. PMID: 28602936
9. Thangam EB, Jemima EA, Singh H, Baig MS, Khan M, Mathias CB, Church MK, Saluja R. The Role of Histamine and Histamine Receptors in Mast Cell-Mediated Allergy and Inflammation: The Hunt for New Therapeutic Targets // *Front Immunol*. 2018 Aug 13;9:1873. doi: 10.3389/fimmu.2018.01873. PMID: 30150993; PMCID: PMC6099187
10. Leurs R, Church MK, Taglialatela M. H1-antihistamines: inverse agonism, anti-inflammatory actions and cardiac effects // *Clin Exp Allergy*. 2002 Apr;32(4):489-98. doi: 10.1046/j.0954-7894.2002.01314.x. PMID: 11972592
11. Hong D, Weng J, Ye M, Liu Y. Efficacy of different oral H₁ antihistamine treatments on allergic rhinitis: a systematic review and network meta-analysis of randomized controlled trials // *Braz J Otorhinolaryngol*. 2023 Jul-Aug;89(4):101272. doi: 10.1016/j.bjorl.2023.03.009. Epub 2023 Apr 7. PMID: 37271114; PMCID: PMC10250918
12. Tosca MA, Trincianti C, Naso M, Nosratian V, Ciprandi G. Treatment of Allergic Rhinitis in Clinical Practice // *Curr Pediatr Rev*. 2024;20(3):271-277. doi: 10.2174/1573396320666230912103108. PMID: 37702169
13. Linton S, Hossenbaccus L, Ellis AK. Evidence-based use of antihistamines for treatment of allergic conditions // *Ann Allergy Asthma Immunol*. 2023 Oct;131(4):412-420. doi: 10.1016/j.anai.2023.07.019. Epub 2023 Jul 28. PMID: 37517656
14. Bousquet J, Toumi M, Sousa-Pinto B, Anto JM, Bedbrook A, Czarlewski W, Valiulis A, Ansotegui IJ, Bosnic-Anticevich S, Brussino L, Canonica GW, Cecchi L, Cherrez-Ojeda I, Chivato T, Costa EM, Cruz AA, Del Giacco S, Fonseca JA, Gemicioğlu B, Haahtela T, Ivancevich JC, Jutel M, Kaidashev I, Klimek L, Kvedariene V, Kuna P, Larenas-Linnemann DE, Lipworth B, Morais-Almeida M, Mullol J, Papadopoulos NG, Patella V, Pham-Thi N, Regateiro FS, Rouadi PW, Samolinski B, Sheikh A, Taborda-Barata L, Ventura MT, Yorgancioglu A, Zidarn M, Zuberbier T. The Allergic Rhinitis and Its Impact on Asthma (ARIA) Approach of Value-Added Medicines: As-Needed Treatment in Allergic Rhinitis // *J Allergy Clin Immunol Pract*. 2022 Nov;10(11):2878-2888. doi: 10.1016/j.jaip.2022.07.020. Epub 2022 Aug 4. PMID: 35934308
15. He M, Qin W, Qin Z, Zhao C. Acupuncture for allergic rhinitis: a systematic review and meta-analysis // *Eur J Med Res*. 2022 Apr 25;27(1):58. doi: 10.1186/s40001-022-00682-3. PMID: 35462555; PMCID: PMC9036742
16. Dourado GB, Volpato GH, de Almeida-Pedrin RR, Pedron Oltramari PV, Freire Fernandes TM, de Castro Ferreira Conti AC. Likert scale vs visual analog scale for assessing facial pleasantness // *Am J Orthod Dentofacial Orthop*. 2021 Dec;160(6):844-852. doi: 10.1016/j.ajodo.2020.05.024. Epub 2021 Sep 27. PMID: 34593260
7. Kerimray A, Baimatova N, Ibragimova OP, Bukenov B, Kenessov B, Plotitsyn P, Karaca F. Assessing air quality changes in large cities during COVID-19 lockdowns: The impacts of traffic-free urban conditions in Almaty, Kazakhstan // *Sci Total Environ*. 2020 Aug 15;730:139179. doi: 10.1016/j.scitotenv.2020.139179. Epub 2020 May 4. PMID: 32387822; PMCID: PMC7198157
8. Brożek JL, Bousquet J, Agache I, Agarwal A, Bachert C, Bosnic-Anticevich S, Brignardello-Petersen R, Canonica GW, Casale T, Chavannes NH, Correia de Sousa J, Cruz AA, Cuello-Garcia CA, Demoly P, Dykewicz M, Etzeandia-Ikobaltzeta I, Florez ID, Fokkens W, Fonseca J, Hellings PW, Klimek L, Kowalski S, Kuna P, Laisaar KT, Larenas-Linnemann DE, Lødrup Carlsen KC, Manning PJ, Meltzer E, Mullol J, Muraro A, O'Hehir R, Ohta K, Panzner P, Papadopoulos N, Park HS, Passalacqua G, Pawankar R, Price D, Riva JJ, Roldán Y, Ryan D, Sadeghirad B, Samolinski B, Schmid-Grendelmeier P, Sheikh A, Togias A, Valero A, Valiulis A, Valovirta E, Ventresca M, Wallace D, Wasserman S, Wickman M, Wiercioch W, Yepes-Nuñez JJ, Zhang L, Zhang Y, Zidarn M, Zuberbier T, Schünemann HJ. Allergic Rhinitis and its Impact on Asthma (ARIA) guidelines-2016 revision. *J Allergy Clin Immunol*. 2017 Oct;140(4):950-958. doi: 10.1016/j.jaci.2017.03.050. Epub 2017 Jun 8. PMID: 28602936
9. Thangam EB, Jemima EA, Singh H, Baig MS, Khan M, Mathias CB, Church MK, Saluja R. The Role of Histamine and Histamine Receptors in Mast Cell-Mediated Allergy and Inflammation: The Hunt for New Therapeutic Targets. *Front Immunol*. 2018 Aug 13;9:1873. doi: 10.3389/fimmu.2018.01873. PMID: 30150993; PMCID: PMC6099187
10. Leurs R, Church MK, Taglialatela M. H1-antihistamines: inverse agonism, anti-inflammatory actions and cardiac effects. *Clin Exp Allergy*. 2002 Apr;32(4):489-98. doi: 10.1046/j.0954-7894.2002.01314.x. PMID: 11972592
11. Hong D, Weng J, Ye M, Liu Y. Efficacy of different oral H₁ antihistamine treatments on allergic rhinitis: a systematic review and network meta-analysis of randomized controlled trials. *Braz J Otorhinolaryngol*. 2023 Jul-Aug;89(4):101272. doi: 10.1016/j.bjorl.2023.03.009. Epub 2023 Apr 7. PMID: 37271114; PMCID: PMC10250918
12. Tosca MA, Trincianti C, Naso M, Nosratian V, Ciprandi G. Treatment of Allergic Rhinitis in Clinical Practice. *Curr Pediatr Rev*. 2024;20(3):271-277. doi: 10.2174/1573396320666230912103108. PMID: 37702169
13. Linton S, Hossenbaccus L, Ellis AK. Evidence-based use of antihistamines for treatment of allergic conditions. *Ann Allergy Asthma Immunol*. 2023 Oct;131(4):412-420. doi: 10.1016/j.anai.2023.07.019. Epub 2023 Jul 28. PMID: 37517656
14. Bousquet J, Toumi M, Sousa-Pinto B, Anto JM, Bedbrook A, Czarlewski W, Valiulis A, Ansotegui IJ, Bosnic-Anticevich S, Brussino L, Canonica GW, Cecchi L, Cherrez-Ojeda I, Chivato T, Costa EM, Cruz AA, Del Giacco S, Fonseca JA, Gemicioğlu B, Haahtela T, Ivancevich JC, Jutel M, Kaidashev I, Klimek L, Kvedariene V, Kuna P, Larenas-Linnemann DE, Lipworth B, Morais-Almeida M, Mullol J, Papadopoulos NG, Patella V, Pham-Thi N, Regateiro FS, Rouadi PW, Samolinski B, Sheikh A, Taborda-Barata L, Ventura MT, Yorgancioglu A, Zidarn M, Zuberbier T. The Allergic Rhinitis and Its Impact on Asthma (ARIA) Approach of Value-Added Medicines: As-Needed Treatment in Allergic Rhinitis. *J Allergy Clin Immunol Pract*. 2022 Nov;10(11):2878-2888. doi: 10.1016/j.jaip.2022.07.020. Epub 2022 Aug 4. PMID: 35934308
15. He M, Qin W, Qin Z, Zhao C. Acupuncture for allergic rhinitis: a systematic review and meta-analysis. *Eur J Med Res*. 2022 Apr 25;27(1):58. doi: 10.1186/s40001-022-00682-3. PMID: 35462555; PMCID: PMC9036742
16. Dourado GB, Volpato GH, de Almeida-Pedrin RR, Pedron Oltramari PV, Freire Fernandes TM, de Castro Ferreira Conti AC. Likert scale vs visual analog scale for assessing facial pleasantness. *Am J Orthod Dentofacial Orthop*. 2021

17. Nathan RA, Finn AF Jr, LaForce C, Ratner P, Chapman D, de Guia EC, Hewlett D, Kramer B. Comparison of cetirizine-pseudoephedrine and placebo in patients with seasonal allergic rhinitis and concomitant mild-to-moderate asthma: randomized, double-blind study // *Ann Allergy Asthma Immunol.* 2006 Sep;97(3):389-96. doi: 10.1016/S1081-1206(10)60806-X. PMID: 17042147

18. Drugs for allergic rhinitis and allergic conjunctivitis // *Med Lett Drugs Ther.* 2021 Apr 19;63(1622):57-64. PMID: 33848281

19. Tameeris E, Bohnen AM, Bindels PJE, Elshout G. The effect of allergic rhinitis treatment on asthma control: a systematic review // *NPJ Prim Care Respir Med.* 2025 Jan 17;35(1):4. doi: 10.1038/s41533-024-00408-4. PMID: 39824842; PMCID: PMC11748716

20. Bernstein JA, Bernstein JS, Makol R, Ward S. Allergic Rhinitis: A Review // *JAMA.* 2024 Mar 12;331(10):866-877. doi: 10.1001/jama.2024.0530. PMID: 38470381

Dec;160(6):844-852. doi: 10.1016/j.ajodo.2020.05.024. Epub 2021 Sep 27. PMID: 34593260

17. Nathan RA, Finn AF Jr, LaForce C, Ratner P, Chapman D, de Guia EC, Hewlett D, Kramer B. Comparison of cetirizine-pseudoephedrine and placebo in patients with seasonal allergic rhinitis and concomitant mild-to-moderate asthma: randomized, double-blind study. *Ann Allergy Asthma Immunol.* 2006 Sep;97(3):389-96. doi: 10.1016/S1081-1206(10)60806-X. PMID: 17042147

18. Drugs for allergic rhinitis and allergic conjunctivitis. *Med Lett Drugs Ther.* 2021 Apr 19;63(1622):57-64. PMID: 33848281.

19. Tameeris E, Bohnen AM, Bindels PJE, Elshout G. The effect of allergic rhinitis treatment on asthma control: a systematic review. *NPJ Prim Care Respir Med.* 2025 Jan 17;35(1):4. doi: 10.1038/s41533-024-00408-4. PMID: 39824842; PMCID: PMC11748716

20. Bernstein JA, Bernstein JS, Makol R, Ward S. Allergic Rhinitis: A Review. *JAMA.* 2024 Mar 12;331(10):866-877. doi: 10.1001/jama.2024.0530. PMID: 38470381

Сведения об авторах:

Светенков Алексей Дмитриевич, ассистент кафедры оториноларингологии НАО «Казахский Национальный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова», г. Алматы, e-mail: alex-23_92@mail.ru;

Муканова Жанетта Тохтагановна, кандидат медицинских наук, доцент, завуч кафедры оториноларингологии НАО «Казахский Национальный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова», г. Алматы, e-mail: zhanetta2000@mail.ru;

Айтбекова Асылзат Баяналиевна, ассистент кафедры оториноларингологии НАО «Казахский Национальный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова», г. Алматы, e-mail: assyl.aitbekova@mail.ru;

Баранкулова Молдир Мелсовна, ассистент кафедры оториноларингологии НАО «Казахский Национальный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова», г. Алматы, e-mail: home87.87@mail.ru.