

**С.М. Пухлик**, д-р мед. наук, профессор,  
зав. кафедрой оториноларингологии  
Одесского национального медицинского университета



Д-р мед. наук, профессор  
С.М. Пухлик

## Аллергический ринит у пожилых людей

**А**ллергический риносинусит является IgE-опосредованным воспалением носа и околоносовых пазух, вызванным различными аллергенами, такими как клещи домашней пыли, шерсть животных, пыльца различных растений или плесень. Соответственно, он бывает круглогодичным и/или сезонным. Международная рабочая группа предложила изменить эту классификацию из-за потенциальных трудностей в дифференциации между сезонными и круглогодичными симптомами и создала консенсус по «Аллергическому риниту и его влиянию на астму» (ARIA) [1].

Согласно Руководящим принципам ARIA, основным является термин «аллергический ринит» (АР), а не «риносинусит» (хотя авторы соглашаются относительно вовлеченности в аллергическое воспаление придаточных пазух носа), и внесено предложение рассматривать АР как «интермиттирующий», если симптомы присутствуют менее 4 дней в неделю или менее 4 нед подряд, или как «персистирующий», если симптомы присутствуют более 4 дней в неделю и более 4 нед подряд. Выраженность симптомов оценивается как «легкая», если они есть, но не сильно беспокоят пациента, и как «умеренная/тяжелая», если они ведут к нарушению сна, повседневной деятельности, обучения в школе или трудностям при работе.

По новой возрастной классификации Всемирной организации здравоохранения, от 25 до 44 лет – это молодой возраст, 44–60 лет – это средний возраст, 60–75 лет – пожилой возраст, 75–90 лет – старческий возраст, а после 90 лет – это долгожители. У пожилых людей накапливается масса хронических заболеваний, и на этом фоне на состояние носа и хронические проблемы с носовым дыханием обращают мало внимания как сами пациенты, так и врачи, особенно первичного

звена. Давайте поговорим о состоянии носа и хронических ринитах в старших возрастных категориях.

АР обнаруживается приблизительно у 20–25% украинцев [2, 66], 10–30% взрослых американцев [3, 4]. Наиболее часто АР встречается у детей и молодых людей, и распространенность уменьшается с возрастом [4, 5]. Хотя пик заболеваемости АР отмечается у молодых людей, АР широко распространен и среди пожилых [5, 6]. Национальный центр по статистике здравоохранения США в докладе 2005 г. отметил, что 10,7% лиц в возрасте 45–64 лет, 7,8% больных 65–75 лет и 5,4% пациентов старше 75 лет страдают АР [7]. Исследования показали, что симптомы АР уменьшаются и чувствительность кожных аллергических проб с возрастом менее информативна [8, 9]. Такие особенности могут быть обусловлены возрастными изменениями в иммунной системе [10, 11]. Например, общий уровень IgE и эозинофильные дегрануляции в ответ на стимуляцию цитокинами с возрастом снижаются [12, 13]. Кроме того, повторяющиеся воздействия аллергенов могут через определенное время выработать толерантность через механизмы, не совсем понятные современной науке [6].

### Патофизиология и клиническая картина АР Аллергия

АР является результатом реакции гиперчувствительности, когда воздействие аллергенов приводит к сенсибилизации и выработке специфических IgE-антител, направленных против этих внешних белковых тел. Затем это антитело связывается с поверхностью тучных клеток, и когда вновь поступает аллерген, это приводит к дегрануляции тучных клеток [14]. В течение нескольких секунд выделяются воспалительные медиаторы: гистамин, лейкотриены и простагландины, что вызывает дилатацию сосудов, гиперсекрецию и отек слизистой

оболочки [15, 16]. Это приводит к носовой обструкции, ринорее, зуду и чиханию [17]. В течение 4–8 ч после первоначального воздействия цитокины, привлеченные ранее выпущенными посредниками, приводят к увеличению содержания других воспалительных клеток в слизистой оболочке, например нейтрофилов, эозинофилов, лимфоцитов и макрофагов [16]. Воспаление сохраняется, и этот этап называется поздней фазой ответа. Ответ поздней фазы похож на раннюю стадию, однако чихание и зуд менее заметны, тогда как блокада носа и гиперсекреция усиливаются. Симптомы поздней фазы могут сохраняться в течение нескольких часов или дней [18].

A. Mediaty, K. Neuberger показали, что снижение иммунитета не влияет на повышение уровня IgE у пациентов с atopическим дерматитом [19]. Эти результаты показывают, что atopическая предрасположенность остается и в преклонном возрасте. Таким образом, AP не следует игнорировать среди гериатрической части населения, если анамнез и симптомы пациента согласуются с этим заболеванием.

### Влияние AP на качество жизни пожилых людей

Несколько исследований показали пагубное влияние AP на качество жизни пожилых пациентов. Benninger et al. обнаружили, что AP может привести к существенному нарушению сна и к усталости [20]. Жалобы на нарушения сна широко распространены среди людей старшего возраста из-за различных расстройств сна, а также нормального процесса старения [21], симптомы же AP могут привести к обострению и усугублению этих проблем.

Недостаток сна может изменять физиологические процессы метаболизма глюкозы, нарушать аппетит и эндокринную функцию, усугублять критические физиологические процессы у пожилых людей [22, 23]. Исследования показали, что нарушения сна среди гериатрической части населения также связаны с состоянием депрессии [24–27]. Другие симптомы AP включают головную боль, плохую концентрацию внимания и общую раздражительность. Эти признаки могут препятствовать способности индивидуума эффективно выполнять физические и социальные обязанности [28]. Все эти факторы способствуют снижению качества жизни у людей пожилого и старческого возраста [29, 30].

### Физиологические возрастные изменения, которые могут повлиять на течение AP Старение иммунитета

Ринит является воспалительным заболеванием, таким образом, с возрастом изменяется и иммунная система как реакция на воспаление. Сегодня существует концепция под названием «старение иммунитета» (immunosenescence). Важным компонентом иммунной системы является тимус, который быстро уменьшается начиная с подросткового и до среднего возраста, а у пожилых людей потери массы в год составляют приблизительно 1% [31]. Снижение функциональной массы вызывает депрессию производства наивных Т-клеток, что, в свою очередь, приводит к нарушениям клеточного иммунитета [31, 32].

Несмотря на инволюцию тимуса, общий бассейн Т-клеток остается неизменным за счет увеличения

производства Т-клеток памяти [32]. Причина этой неоднородности в бассейне лимфоцитов остается неизвестной. В процессе старения происходит снижение способности Т-клеток реагировать на факторы роста, изменены ответы лимфоцитов на специфические антигены и уменьшено производство IL-2 [10]. Дисбаланс в соотношении Th1/Th2 происходит во время «старения иммунитета», с переходом к Th2, что приводит к дальнейшему изменению цитокиновой продукции [33]. Это несколько парадоксально, поскольку распространенность AP уменьшается с возрастом. Со снижением активности Т-клеток могут быть связаны рост заболеваемости злокачественными опухолями и инфекциями среди гериатрической части населения [10, 34].

В-клеточная функция также изменяется с возрастом. Количество антиген-специфических антител уменьшается, а количество аутоантител и циркулирующих иммунных комплексов увеличивается [10, 11]. Это может объяснить тот факт, что люди старшего возраста чаще подвержены инфекции; снижается иммунный ответ на вакцины и возрастает распространенность аутоиммунных заболеваний [10, 32, 34]. Эти изменения объясняют более слабые симптомы AP среди гериатрической части населения.

### Диагностика

Диагностика и лечение AP у пожилого населения осложняется коморбидными состояниями. Примерно 50% людей в возрасте старше 75 лет имеют три или более заболевания и регулярно принимают три или более препаратов [35]. Кроме того, многие пожилые пациенты с ринитом безосновательно жалуются на «хронические синуситы» или «аллергию»; таким образом, трудно оценить определенно тип ринита и назначить соответствующее лечение [36].

Оценка состояния пожилых пациентов с ринитом должна начинаться с изучения *анамнеза*. Подробности относительно длительности и времени начала симптомов, усугубляющих факторов и ответ на принимаемые лекарства следует услышать от пациента. Также важное значение для анамнеза имеет воздействие табачного дыма, наличие домашних животных, загрязнение воздуха, старое жилье, которое может содержать плесень, формальдегид для изоляции или обивки, наличие тараканов и грызунов. Необходимо оценить наличие работы, требующей использования перчаток из латекса, некоторых моющих средств, клея, контакта с древесной пылью и ангидридами кислот — все это может вызывать симптомы ринита [36, 37].

Следует отметить анамнез, включающий травмы носа или лица, асимметрию носового дыхания из-за структурных причин, аллергические заболевания, такие как астма и экзема, семейную атопию. Хотя типичный возраст начала AP — до 20 лет, изредка он может начаться и в любое другое время [6], поэтому аллергическую причину нельзя исключать полностью.

**Физикальное обследование** должно начинаться с внешнего осмотра кончика носа для выявления опущения и отсутствия структурной поддержки. Врачу следует оценить проходимость носовых ходов, размер раковин, прямолинейность перегородки, наличие полипов и признаков воспаления. При оценке состояния слизистых оболочек можно выявить бледность, отек или

гиперемии [3]. Качество секрета может помочь в выявлении этиологии ринита. Например, аллергический ринит обычно характеризуется наличием водянистой слизи, тогда как при мукоцилиарных дефектах слизь густая [3]. Кроме того, слизисто-гнойное отделяемое вместе с затеканием его в глотку может быть симптомом хронического риносинусита.

В большинстве случаев при рините результаты осмотра должны быть двусторонними. Односторонние изменения могут отражать анатомические нарушения или опухоли, требующие дальнейшего изучения, включая эндоскопию носа и придаточных пазух, компьютерную томографию (КТ). Другие виды физикального обследования должны использоваться для диагностики других причин ринита, ринореи спинномозговой жидкостью и опухоли.

**Аллерготестирование** является необходимым как для определения атопии с высоким содержанием общего IgE (обычно > 100 ед./мл) [38], так и для выявления конкретных «виновных» аллергенов. Следует отметить, однако, что выраженность ответа на кожное тестирование уменьшается с возрастом, и результаты его в гериатрической практике следует интерпретировать с осторожностью [38].

Другими факторами, которые могут повлиять на кожный тест у пожилых людей, являются препараты (особенно длительного действия антигистаминные препараты (АГП) и трициклические антидепрессанты), снижающие артериальное давление, а также температура конечности и изменения в экспозиции аллергена с течением времени [39]. Кожный тест для пожилых людей следует проводить на защищенных от солнца участках кожи, например, в нижней части спины. Если не удастся найти приемлемые участки, врачу следует рассмотреть возможность тестирования *in vitro*.

## Лечение

### Общие меры

Существуют различные методы лечения АР у лиц пожилого и старческого возраста. В случае аллергической этиологии простейшим является устранение воздействия известных аллергенов и раздражителей. Следует отметить, что некоторые меры предотвращения контакта (чехлы от клещей для мебели, очистители воздуха, удаление покрытий и ковров) не показали эффективности в снижении симптомов.

Лечение АР состоит из разделов: исключение контакта с известными аллергенами, фармакотерапия и иммунотерапия.

### Исключение контакта с аллергенами

Некоторые формы избегания контакта с аллергенами могут быть эффективными в профилактике обострений АР. Очень трудно собирать доказательства в рандомизированных исследованиях по этому вопросу, но известные стандартные рекомендации сохраняют свою силу для пациентов. В период цветения «виновных» аллергенов окна следует держать закрытыми, чтобы цветочная пыльца и плесень в период их сезонных и дневных пиков не попадали в квартиру. Другие меры включают в себя регулярную чистку ковров, удаление животных из дома и частую стирку постельных принадлежностей. Эти факторы имеют особое значение для пожилых пациентов, так как они проводят значительно больше времени в помещении,

и поэтому подвергаются воздействию таких аллергенов, как клещи домашней пыли, плесень, шерсть животных.

### Фармакотерапия

**Второе поколение АГП** является золотым стандартом в лечении легких форм аллергических заболеваний. Эти средства являются эффективными в снижении выраженности носовых и глазных симптомов – ринореи, чихания, но мало влияют на заложенность носа [3, 40]. Второе поколение АГП является безопасным при лечении ринита у пациентов пожилого и старческого возраста, так как не несет риск активизации антихолинергической или адренергической деятельности [14, 41].

Не следует назначать АГП I поколения, так как они имеют многочисленные потенциальные неблагоприятные последствия для центральной нервной системы и взаимодействия с другими препаратами, которые носят более выраженный характер среди гериатрической части населения [14, 41, 43]. Прием таких лекарств может повлиять на вождение автотранспорта больше, чем алкоголь; меняется цикл нормального сна и оказывается заметное влияние на внимание и другие когнитивные функции [44, 45].

Исследования доказали равную эффективность эбастина, цетиризина, лоратадина и терфенадина для уменьшения симптомов АР [46]. Азеластин хорошо переносится гериатрическими больными [47]. Типичные побочные эффекты включают горький вкус, седативный эффект, головную боль [46, 48]. Современные АГП продемонстрировали большую эффективность в сочетании с интраназальными стероидами [49, 50, 51].

**Интраназальные глюкокортикостероиды (ГКС)** стали первой линией лечения умеренных и тяжелых форм АР и эффективно снимают все симптомы [52]. Недавнее рандомизированное контролируемое исследование по изучению эффективности назального спрея мометазона фуората у больных старше 65 лет, страдающих многолетним АР, показало его высокую эффективность [53]. Интраназальные ГКС обычно хорошо переносятся пациентами старшего возраста [42, 54]. Однако они могут усугубить сухость в полости носа, привести к образованию корок на слизистой оболочке и к носовым кровотечениям у гериатрических больных [55].

Местные и системные **деконгестанты** являются адренергическими агонистами, значительно уменьшающими заложенность носа, однако они не устраняют симптомы чихания и ринорею [56]. Деконгестанты можно использовать совместно с АГП, если пациент предъявляет жалобы на несколько симптомов ринита, включая заложенность. Пожилым пациентам с несколькими коморбидными состояниями, такими как ишемическая болезнь сердца, диабет, гипертония, гипертиреоз, глаукома, аденома простаты, следует избегать деконгестантов [57, 58]. Побочные эффекты от приема деконгестантов включают учащенное сердцебиение, бессонницу, нервозность и раздражительность. Некоторые пациенты могут испытывать затруднения мочеиспускания и снижение аппетита [3]. Основным побочным эффектом современных деконгестантов является отсроченная вазодилатация, сухость в носовой полости [52, 59].



**Антагонисты рецепторов лейкотриенов (АЛР;** например, Монтелукаст) уменьшают воспалительные реакции при АР, снижая симптомы заложенности, чихания, ринореи [60]. Эти препараты слабы как монотерапия и широко используются в качестве дополнения к АГП или интраназальным ГКС [40, 61]. Долгосрочных клинических исследований по безопасности АЛР у пожилых пациентов не проводилось, но эти препараты хорошо переносятся в данной популяции больных [42, 115]. Такие препараты в первую очередь могут помочь с заложенностью носа и являются особенно полезными для людей, страдающих астмой: могут приносить двойную пользу для улучшения состояния при заболеваниях нижних дыхательных путей.

**Интраназальный кромолин натрия** может быть эффективным в уменьшении симптомов АР у пожилых пациентов. Этот препарат препятствует дегрануляции сенсibilизированных тучных клеток, тем самым предотвращая высвобождение медиаторов воспаления [62] и аллергические реакции. Кромоны необходимо применять 2–3 нед 3–4 раза в день для достижения клинического результата [52]. Препарат обычно хорошо переносится пожилыми пациентами, а побочные эффекты являются минимальными [53]. Кромоны могут быть хорошим вариантом для пожилых людей, которые не могут переносить деконгестанты и АГП [43, 63].

## Иммунотерапия

Иммунотерапия за рубежом обычно рассматривается в качестве последней линии терапии, когда у пациентов сохраняются симптомы умеренного или тяжелого АР, несмотря на прием фармакологических средств. Было проведено несколько исследований в отношении эффективности иммунотерапии в гериатрической практике. F. Eidelman, N. Dargentas сообщили о благоприятном ответе на специфическую иммунотерапию больных старше 60 лет по сравнению с пациентами в возрасте менее 60 лет [64]. Асего провел исследование оценки пациентов старше 54 лет с моносенсibilизацией к пыльце березы и амброзии [65], которое показало, что иммунотерапия может быть эффективным средством лечения здоровых пожилых людей с длительностью АР до 10 лет. Дальнейшие исследования должны быть выполнены для определения профиля безопасности этого лечения у гериатрических пациентов.

## Выводы

АР, несомненно, является тяжелым бременем для пожилых людей, особенно с учетом старения населения в нашей стране. Основное внимание необходимо уделить диагностике ринита у пожилого пациента, а затем предложить соответствующую терапию, которая будет безопасной и эффективной для людей старшего возраста. Лечение является сложной задачей, так как существует мало эффективных способов терапии АР у пожилых людей. Методом проб и ошибок можно подобрать адекватную терапию, в случае, если нет проверенных данных эффективности для гериатрических больных. Кроме того, использование профилактических мер, таких как недопущение аллерген/раздражающего фактора или увлажнение носовой полости может помочь пожилым людям. Необходимо также ограничить масштабы полипрагмазии в этой популяции с несколькими коморбидными состояниями.

## Список литературы

- Bousquet J, Khaltaev N, Cruz AA, et al. Allergic Rhinitis and its impacts on asthma (ARIA) 2008. *Allergy*. 2008. № 63 (Suppl 86). P. 7–160.
- Демографические показатели Украины за 2016 год. Центр социологических исследований «Омега». <http://omega-research.com.ua/demograficheskie-pokazateli-ukrainy>
- Dykewicz M, Fineman S, Skoner D, Nicklas R, Lee R, Blessing-Moore J, Li J, Bernstein I, Berger W, Spector S, Schuller D. Diagnosis and management of rhinitis: Complete guidelines of the Joint Task Force on practice parameters in allergy, asthma and immunology. *Ann Allergy Asthma Immunol*. 1998. № 81 (5 Pt 2). P. 478–518.
- Wallace D, Dykewicz M, Bernstein D, et al. The diagnosis and management of rhinitis: an updated practice parameter. *J Allergy Clin Immunol*. 2008. № 122. P. 1–84.
- Osman M, Hansell A, Simpson C. Gender-specific presentations for asthma, allergic rhinitis and eczema in primary care. *Prim Care Respir J*. 2007. № 16 (1). P. 28–35.
- Zacharisen M. Rhinitis in children, adolescents, the elderly, and pregnant women. *Immunol Allergy Clin North Am*. 2000. № 20 (4). P. 424–55.
- Mahmoudi M. Prevalance of allergic diseases in children, adults, and the elderly. *Asthma and Allergy: Practical Diagnosis and Management*. Edited by: Shanahan J., Naglieri C. 2008. McGraw-Hill Professional, 18–20.
- Simola M, Eino H, Malmberg H. Changes in the skin and nasal sensitivity to allergens and the course of rhinitis. *Ann Allergy Asthma Immunol*. 1999. № 82 (2). P. 152–6.
- Karakaya G, Kalyoncu A. The natural course of atopy determined by skin prick tests in patients with bronchial asthma and/or rhinitis. *Allergol Immunopathol (Madr)*. 2006. № 34 (6). P. 257–62.
- Bellantini J, Azem M, MacDowell-Carneiro A, Tutuncuoglu S, Wallerstedt D. Possible mechanisms of late-life-onset allergic diseases and asthma in the senior citizen. *Allergy Asthma Proc*. 2000. № 21 (5). P. 267–70.
- Gruver A, Hudson L, Sempowski G. Immunosenescence of ageing. *J Pathol*. 2007. № 211 (2). P. 144–56.
- Mathur S, Schwantes E, Jarjour N, Busse W. Age-related changes in eosinophil function in human subjects. *Chest*. 2008. № 133 (2). P. 412–9.
- Jarvis D, Luczynska C, Chinn S, et al. Change in prevalence of IgE sensitization and mean total IgE with age and cohort. *J Allergy Clin Immunol*. 2005. № 16 (3). P. 675–82.
- Hansen J, Klimek L, Hörmann K. Pharmacological management of allergic rhinitis in the elderly: Safety issues with oral antihistamines. *Drugs Aging*. 2005. № 22 (4). P. 289–96.
- Haberall I, Corey J. The role of leukotrienes in nasal allergy. *Otolaryngol Head Neck Surg*. 2003. № 129 (3). P. 274–9.
- Skoner D. Allergic rhinitis: Definition, epidemiology, pathophysiology, detection, and diagnosis. *J Allergy Clin Immunol*. 2001. № 108 (1 Suppl). P. 2–8.
- Togias A. Unique mechanistic features of allergic rhinitis. *J Allergy Clin Immunol*. 2000. № 105 (6 Suppl 1). P. 599–604.
- Hansen I, Klimek L, Mosges R, Hörmann K. Mediators of inflammation in the early and the late phase of allergic rhinitis. *Curr Opin Allergy Clin Immunol*. 2004. № 4 (3). P. 159–63.
- Mediati A, Neuber K. Total and specific serum IgE decreases with age in patients with allergic rhinitis, asthma and insect allergy but not in patients with atopic dermatitis. *Immun Ageing*. 2005. № 2 (1). P. 9–10.
- Benninger M, Benninger R. The impact of allergic rhinitis on sexual activity, sleep, and fatigue. *Allergy Asthma Proc*. 2009. № 30 (4). P. 358–65.
- Feinsilver S. Sleep in the elderly. What is normal? *Clin Geriatr Med*. 2003. № 19 (1). P. 177–88.
- Spiegel K, Leproult R, Van Cauter E. Impact of sleep debt on metabolic and endocrine function. *Lancet*. 1999. № 345 (9188). P. 1429–35.
- Trenell M, Marshall N, Rogers N. Sleep and metabolic control: Waking to a problem? *Clin Exp Pharmacol Physiol*. 2007. № 34. P. 1–9.
- Byles J, Mishra G, Harris M, Nair K. The problems of sleep for older women: Changes in health outcomes. *Age Ageing*. 2003. № 32 (2). P. 154–63.
- Kim J, Stewart R, Kim S, Yang SJ, Shin I, Yoon J. Insomnia, depression, and physical disorders in late life: A 2-year longitudinal community study in Koreans. *Sleep*. 2009. № 32 (9). P. 1221–8.
- Zanocchi M, Ponzetto M, Spada S, Rizzo R, Aimar T, Maero B, Giona E, Fabris F. Sleep disorders in the aged. *Minerva Med*. 1999. № 90 (11–12). P. 421–7.
- Dew M, Hoch C, Buysse D, Monk T, Begley A, Houck P, Hall M, Kupfer D, Reynolds C. Healthy older adults' sleep predicts all-cause mortality at 4 to 19 years of follow-up. *Psychosom Med*. 2003. № 65 (1). P. 63–73.
- Chadwick S. Allergic rhinitis in the elderly. *Geriatric Otolaryngology*. Edited by: Calhoun K, Eibling D. 2006. New York: Taylor & Francis Group. P. 213–224.
- Lucchetti M, Corsonello A, Gattaceca R. Environmental and social determinants of aging perception in metropolitan and rural areas of Southern Italy. *Arch Gerontol Geriatr*. 2008. № 46 (3). P. 349–57.
- Exercise in elderly improves quality of life. <http://www.sciencedaily.com/releases/2007/07/070705123157.htm>
- Aspinall R, Andrew D. Thymic involution in aging. *J Clin Immunol*. 2000. № 20 (4). P. 250–6.
- Ostan R, Bucci L, Capri M, Salvioli S, Scurti M, Pini E, Monti D, Franceschi C. Immunosenescence and immunogenetics of human longevity. *Neuroimmunomodulation*. 2008. № 15 (4–6). P. 224–40.
- Uciechowski P, Kahmann L, Plümackers B, Malavolta M, Mocchegiani E, Dedoussis G, Herbein G, Jajte J, Fulop T, Rink L. TH1 and TH2 cell polarization increases with aging and is modulated by zinc supplementation. *Exp Gerontol*. 2008. № 43 (5). P. 493–8.
- Hwang K, Kim H, Kang I. Aging and human CD4(+) regulatory T cells. *Mech Ageing Dev*. 2009. № 130 (8). P. 509–17.
- Busse P. Allergic respiratory disease in the elderly. *Am J Med*. 2007. № 120 (6). P. 485–502.
- Jordan J, Mabry R. Geriatric rhinitis: What it is, and how to treat it. *Geriatrics*. 1998. № 53 (76). P. 81–4.
- Schwartz H, Arnold J, Strohl K. Occupational allergic rhinitis reaction to psyllium. *J Occup Med*. 1989. № 3. P. 624–6.
- Holgate S, Banik A. Epidemiology of Asthma. *New and Exploratory Therapeutic Agents for Asthma*. Edited by: Yeaton M, Diamantas Z. 2000. New York: Marcel Dekker, Inc. 1–26.
- King M, Lockey R. Allergen prick-puncture skin testing in the elderly. *Drugs Aging*. 2003. № 20 (14). P. 1011–7.
- Plaut M, Valentine M. Clinical practice: Allergic rhinitis. *N Engl J Med*. 2005. № 353 (18). P. 1934–44.
- Slavin R. Allergic rhinitis: Managing the adult spectrum. *Allergy Asthma Proc*. 2006. № 27 (1). P. 9–11.
- Yilmaz A, Corey J. Rhinitis in the elderly. *Clin Allergy Immunol*. 2007. № 19. P. 209–19.
- Slavin R. Diagnosis and treatment of rhinitis and sinusitis in the elderly. *Immunol Allergy Clin North Am*. 1997. № 17 (4). P. 543–56.
- McCue J. Safety of antihistamines in the treatment of allergic rhinitis in the elderly. *Arch Fam Med*. 1996. № 5 (8). P. 464–8.
- Holgate S, Canonica G, Simons F, Tagliabate M, Tharp M, Timmerman H, Yanai K. Consensus group on new generation antihistamines (CONGA): present status and recommendations. *Clin Exp Allergy*. 2003. № 33. P. 1305–24.
- Golden S, Craig T. Efficacy and safety of azelastine nasal spray for the treatment of allergic rhinitis. *J Am Osteopath Assoc*. 1999. № 99 (7 Suppl). P. 7–12.
- Peter G, Romeis P, Borbe H, Baker K, Riethmüller-Winzen H. Tolerability and pharmacokinetics of single and multiple doses of azelastine hydrochloride in elderly volunteers. *Arzneimittelforschung*. 1995. № 45 (5). P. 576–81.
- McNeely W, Wiseman L. Intranasal azelastine: A review of its efficacy in the management of allergic rhinitis. *Drugs*. 1998. № 56 (1). P. 91–114.
- Bernstein J. Azelastine hydrochloride: A review of pharmacology, pharmacokinetics, clinical efficacy and tolerability. *Curr Med Res Opin*. 2007. № 23 (10). P. 2441–52.

Від  
2  
років

# Етацид

Мометазон

Спрей назальний, дозований, суспензія

50 мкг/доза  
140 доз



Інтраназальний  
глюкокортикостероїд

Висока протизапальна активність.<sup>1</sup>  
Не спричиняє системних ефектів.<sup>1</sup>

Починає діяти протягом **12** годин



При патогенетичному  
та симптоматичному лікуванні  
гострого риносинуситу<sup>2</sup> (Протокол МОЗ)



<sup>1</sup>[https://amt.allergist.ru/mometazon\\_l.html](https://amt.allergist.ru/mometazon_l.html)

<sup>2</sup>Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «ГОСТРИЙ РИНОСИНУСИТ». – ЗАТВЕРДЖЕНО Наказ Міністерства охорони здоров'я України №85 від 11 лютого 2016 року.

**ЕТАЦИД. Склад:** діюча речовина: mometazone; 1 доза спрею містить мометазону фуорату 50 мкг. **Лікарська форма.** Спрей назальний, дозований, суспензія. **Фармакотерапевтична група.** Протинабрякові та інші препарати для місцевого застосування при захворюваннях порожнини носа. Кортикостероїди. Код АТХ R01A D09. **Показання.** Лікування сезонного або цілорічного алергічного риніту у дорослих та дітей віком від 2 років. Профілактичне лікування алергічного риніту середнього і важкого перебігу рекомендується розпочати за 4 тижні до передбачуваного початку сезону пілкування; як допоміжний терапевтичний засіб при лікуванні антибіотиками гострих епізодів синуситів у дорослих (у т. ч. літнього віку) і дітей віком від 12 років; лікування симптомів гострого риносинуситу без ознак тяжкої бактеріальної інфекції у дорослих і дітей віком від 12 років; лікування назальних поліпів та пов'язаних з ними симптомів, включаючи закладеність носа та втрату нюху, у пацієнтів віком від 18 років. **Протипоказання.** Підвищена чутливість до активної речовини або до будь-якого неактивного компонента препарату. Препарат не слід застосовувати при наявності нелікованої локалізованої інфекції із запущеним слизовою оболонкою носової порожнини. Особливі кортикостероїди мають ефект пригнічення загоєння рани, пацієнтам, яким нещодавно робили операцію у носовій порожнині або у яких були травми, не можна застосовувати назальний кортикостероїд до повного загоєння рани. **Передозування.** Унаслідок того, що системна біодоступність препарату <1% (відповідно до результату чутливого методу нижньої межі кількісного визначення становить 0,25 пг/мл), малоймовірно, що при передозуванні будуть потрібні інші заходи, крім нагляду за станом хворого з подальшим застосуванням препарату у рекомендованій дозі. Інгаляція або пероральне введення надмірних доз кортикостероїдів може призвести до пригнічення функції гіпоталамо-гіпофізарно-наднирковозалозної системи. **Побічні реакції.** При сезонному і цілорічному алергічному ринітах відзначалися такі небажані явища: головний біль (8%), носові кровотечі (8%), фарингіт (4%), відчуття печіння у носі (2%), подразнення (2%) та виразкові зміни (1%) слизової оболонки носа. Розвиток подібних небажаних явищ є типовим при застосуванні будь-якого назального спрею, що містить кортикостероїди. Частота розвитку небажаних явищ у дітей: носові кровотечі (6%), головний біль (3%), відчуття подразнення у носі (2%) і очей (2%). **Категорія відпуску.** За рецептом. **Заявник.** УОРЛД МЕДИЦИН ОФТАЛЬМІКС ПЛАНЧІАРІ ЛТД, ШТ, Туреччина. **Виробник.** УОРЛД МЕДИЦИН ПЛАНЧІА САН, ВЕ ПДЖ, А.Ш., Туреччина. **ЗАТВЕРДЖЕНО** Наказ Міністерства охорони здоров'я України №971 від 28.08.2017 р. **Розподілити посилається** №14/16256/01/01. Інформація надана скорочено. З повною інформацією про препарат можна ознайомитися в інструкції для медичного застосування препарату. Інформація для медичних та фармацевтичних працівників, а також для розподілення в рамках спеціалізованих заходів з медичної тематики. Інформація про рецептурний лікарський засіб для професійної діяльності спеціалістів у галузі охорони здоров'я.

50. Berger W. Pharmacokinetic characteristics and safety and tolerability of a reformulated azelastine hydrochloride nasal spray in patients with chronic rhinitis. *Expert Opin Drug Metab Toxicol.* 2009. № 5 (1). P. 91–102.
51. Bernstein J, Prensner B, Ferguson B, Portnoy J, Wheeler W, Sacks H. Double-blind, placebo-controlled trial of reformulated azelastine nasal spray in patients with seasonal allergic rhinitis. *Am. J. Rhinol. Allergy.* 2009. № 23 (5). P. 512–7.
52. Tan R, Corren J. Optimum treatment of rhinitis in the elderly. *Drugs Aging.* 1995. № 7 (3). P. 168–75.
53. Grossman J, Gopalan G. Efficacy and safety of mometasone furoate spray in elderly subjects with perennial allergic rhinitis [abstract]. *J. Allergy Clin. Immunol.* 2009. № 123 (2 Suppl 1). P. S271.
54. Benninger M, Ahmad N, Marple B. The safety of intranasal steroids. *Otolaryngol. Head Neck Surg.* 2003. № 129 (6). P. 739–50.
55. Little D. Geriatric rhinitis: Under-diagnosed and undertreated. *Geriatrics and Aging.* 2005. № 8 (5). P. 52–3.
56. Horak F, Ziegelmayer P, Ziegelmayer R, Lemell P, Yao R, Staudinger H, Danzig M. A placebo-controlled study of the nasal decongestant effect of phenylephrine and pseudoephedrine in the Vienna challenge chamber. *Ann. Allergy Asthma Immunol.* 2009. № 102 (2). P. 116–20.
57. Li J, Tripathi R, Tripathi B. Drug-induced ocular disorders. *Drug Saf.* 2008. № 31 (2). P. 127–41.
58. Rosenwasser L. Treatment of allergic rhinitis. *Am. J. Med.* 2002. № 113 (Suppl 9A). P. 17–24.
59. Graf P, Juto J. Decongestion effect and rebound swelling of the nasal mucosa during 4-week use of oxymetazoline. *ORL J Otorhinolaryngol Relat Spec.* 1994. № 56 (3). P. 157–60.
60. Busse W. The role of leukotrienes in asthma and allergic rhinitis. *Clin Exp Allergy.* 1996. № 26 (8). P. 868–79.
61. Wilson A, O'Byrne P, Parameswaran K. Leukotriene receptor antagonists for allergic rhinitis: A systematic review and meta-analysis. *Am. J. Med.* 2004. № 116 (5). P. 338–44.
62. Virchow J, Bachert C. Efficacy and safety of montelukast in adults with asthma and allergic rhinitis. *Respir Med.* 2006. № 100 (11). P. 1952–9.
63. Ratner P, Ehrlich P, Fineman S, Meltzer E, Skoner D. Use of intranasal cromolyn sodium for allergic rhinitis. *Mayo Clin. Proc.* 2002. № 77 (4). P. 350–4.
64. Eidelman F, Darzentas N. Efficacy of allergy immunotherapy in the elderly. *J. Allergy Clin. Immunol.* 2000. № 105 (1 Pt 2). P. S313.
65. Asero R. Efficacy of injection immunotherapy with ragweed and birch pollen in elderly patients. *Int. Arch. Allergy Immunol.* 2004. № 135 (4). P. 332–5.
66. Заболотний Д.І., Пухлик Б.М., Заболотна Д.Д. Специфічна імунотерапія алергенами – оптимальний метод лікування при atopічних алергічних захворюваннях. Мистецтво лікування. 2005. № 7 (023). С. 92–95.

## АЛЕРГІЧНИЙ РИНИТ У ОСІБ ПОХИЛОГО ВІКУ

С.М. Пухлик

Одеський національний медичний університет

### Резюме

Вікові зміни супроводжують людину в процесі життя, і в літньому віці вони стають все більш суттєвими. Це стосується анатомічних і фізіологічних процесів старіння організму. Загальноприйнято, що алергія – це доля молодих людей, а з віком, у зв'язку зі «старінням» імунної системи, ця проблема перестає турбувати літніх людей. Виявляється, це не зовсім так: atopічна схильність залишається і в похилому віці. Алергічний риніт не слід ігнорувати серед геріатричної частини населення, якщо анамнез і симптоми пацієнта узгоджуються з цим захворюванням. Так, за даними дослідників, 10,7% осіб віком 45–64 років, 7,8% хворих віком 65–75 років і 5,4% пацієнтів старше 75 років страждають на алергічний риніт. Описано особливості діагностики алергічного риніту у літніх людей. Зазначається, що відповідь на шкірне тестування зменшується з віком і результати його у геріатричній практиці слід інтерпретувати з обережністю. Лікувальні заходи полягають у запобіганні контакту з алергенами, фармакотерапії та специфічній імунотерапії. Лікування є складним завданням, оскільки існує мало ефективних способів терапії алергічного риніту у літніх людей. Методом проб і помилок можна підібрати адекватну терапію, тому що немає перевірених даних ефективності для геріатричних хворих. Необхідно також обмежити масштаби поліпрагмації в цій популяції з кількома коморбідними станами.

**Ключові слова:** алергічний риніт, літні люди, фармакотерапія.

## ALLERGIC RHINITIS IN THE ELDERLY

S.M. Pukhlyk

Odessa National Medical University

### Abstract

Age-related changes accompany the person in the process of life, and in old age they become more substantial. This applies to the anatomical and physiological processes of aging. It is generally accepted that allergy is a lot of young people, and with age, due to the «aging» of the immune system is the problem ceases to disturb the elderly. It turns out that this is not true: atopical predisposition remains in old age. Allergic rhinitis should not be overlooked among the geriatric population, if the medical history and the patient's symptoms are consistent with this disease. So, according to researchers at 10.7 percent of individuals between 45–64 years old, 7.8 percent of patients 65–75 years old and 5.4% of patients older than 75 years suffer from allergic rhinitis. Describes the diagnostic features of allergic rhinitis in the elderly. It is noted that the response on skin testing diminishes with age and results in geriatric practice should be interpreted with caution. Therapeutic measures are to prevent contact with allergens, pharmacotherapy and specific immunotherapy. Treatment is challenging, as there are few effective methods of treatment of allergic rhinitis in the elderly. Through trial and error you can pick up adequate therapy, because there is no evidence of effectiveness for geriatric patients. It is also necessary to limit the extent of polypharmacy in this population with multiple comorbid conditions.

**Key words:** allergic rhinitis, elderly people, pharmacotherapy.