

ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ АЛЛЕРГИЧЕСКОГО РИНИТА И БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ

М.З. МУХАНБЕДЖАНОВА

Городская поликлиника №4, г. Астана

Аллергия – это повышенная чувствительность к различным веществам – аллергенам, проявляющаяся симптомами аллергического заболевания. В более широком смысле, аллергия – это побочная реакция на антигенный стимул. Выделяют 4 типа аллергических реакций.

Наиболее часто встречающиеся нозологические проявления аллергии:

- респираторная аллергия или аллергия дыхательных путей (аллергический ринит и бронхиальная астма);
- аллергический конъюнктивит;
- аллергические дерматозы (атопический дерматит, контактный дерматит, аллергическая крапивница и отек Квинке);
- анафилактический шок.

Аллергический ринит существенно снижает качество жизни пациентов. Более 90% взрослых пациентов отмечают снижение работоспособности, 93% детей – ухудшение результатов учебы. Это заболевание является фактором риска развития бронхиальной астмы и ухудшает течение этого заболевания – в мире более 200 миллионов пациентов страдают как от астмы, так и от аллергического ринита. Почти у 100% пациентов, страдающих бронхиальной астмой, имеется аллергический ринит. У 50-60% пациентов аллергический ринит предшествует развитию бронхиальной астмы. Многие пациенты говорят: моя астма началась с носа. Это заболевание способствует развитию других болезней ЛОР-органов [1, 2].

- ...до 25% населения некоторых индустриальных районов страдает каким-либо аллергическим заболеванием. Число случаев аллергии и ее тяжести неуклонно растет во всем мире...

- ...в начале 20-го века поллинозом страдало менее 1% населения Европы. На настоящий момент поллинозом страдает, по крайней мере, 10% мирового населения (каждый 6 – 10-й человек), причем на протяжении последних трех десятилетий отмечается стойкий рост распространенности этой болезни...

- ...количество людей, страдающих бронхиальной астмой на настоящий момент, впечатлит любого – от 5 до 15% мирового населения. За последние 15 лет число заболевших удвоилось. Тенденции к снижению распространенности этой болезни нет...

Причина аллергических заболеваний лежит в измененной (по сравнению с «нормой») реактивности иммунной системы. Ведущая роль иммунных механизмов общепризнана.

По мнению разных специалистов, основными причинами изменения реактивности иммунной системы, за которой и следует развитие аллергических заболеваний, о которых идет речь, являются: наследственная предрасположенность, ухудшение экологической обстановки (макроэкология) и изменение условий быта (микроэкология). К этому можно добавить изменение качества воды и пищи (консерванты, стабилизаторы, красители, генно-модифицированные продукты и др.). Например, «загрязнителями атмосферы», которые, как считают, виновны в развитии аллергии, являются озон, окись азота и серы [1, 2].

Атопия – это наследственная предрасположенность к синтезу специфических «аллергических» антител,

называемых иммуноглобулином E (IgE) в ответ на воздействие аллергенов естественной среды.

Аллерген – это вещество антигенной природы (антиген – «не свой», генетически чужеродный), способное вызывать сенсибилизацию – особое состояние иммунной системы организма, характерное для людей, страдающих аллергическими заболеваниями.

Состояние сенсибилизации в случае atopических заболеваний обусловлено синтезом IgE. Природа atopических заболеваний – иммунологическая и кроется в нарушении регуляции иммунного ответа на аллерген. Способность к IgE-ответу на аллерген во многом является генетически обусловленной (наследственная предрасположенность к IgE-ответу). Последующее за сенсибилизацией поступление аллергена в организм (контакт с аллергеном) приводит к развитию аллергического воспаления и аллергических реакций.

Каждый отдельный аллерген может стать причиной целого ряда симптомов. Например, аллерген пыльцы березы у больного поллинозом может стать причиной не только риноконъюнктивита, но спровоцировать бронхоспазм (бронхиальная астма) или вызвать крапивницу. Большинство же «аллергиков» реагирует на целый спектр аллергенов, например, на пыльцевые, бытовые и эпидермальные аллергены одновременно.

Респираторная аллергия (аллергия дыхательных путей) развивается в результате контакта слизистой оболочки дыхательных путей (носа, бронхов) с очень мелкими (от 1 до 100 микрон) аллергенами, присутствующими в воздухе – аэроаллергенами (пыльца растений, частицы шерсти и перхоти животных, споры плесневых грибов, фрагменты клещей домашней пыли и тараканов, др.). При контакте аэроаллергенов со слизистой оболочкой дыхательных путей они могут вызывать: чихание; зуд в носу; насморк (водянистые выделения из носа); заложенность носа; зуд в горле; сухой (непродуктивный), реже продуктивный кашель; свистящие хрипы в легких; удушье, затруднение дыхания, одышку [4, 5, 8].

Основные нозологические проявления респираторной аллергии:

- сезонный аллергический ринит (в т.ч. сенная лихорадка или поллиноз);
- круглогодичный аллергический ринит;
- atopическая бронхиальная астма.

Аэроаллергены могут вызвать аллергический конъюнктивит, сопровождающийся зудом глаз и слезотечением. Симптомы со стороны дыхательных путей могут быть обусловлены не только аэроаллергенами, но и т.н. «инфекционной аллергией». Следует выделить аллергию на непатогенные или условно-патогенные микробы (Нейсерии, Кандиды и др.), которая может стать причиной как инфекционно-аллергической бронхиальной астмы, так и инфекционно-аллергического ринита.

Бронхиальная астма

Название болезни происходит от греческого слова *asthma* – тяжелое дыхание.

Современное определение бронхиальной астмы (БА) звучит так: бронхиальная астма – хроническое аллергическое воспалительное заболевание дыхательных путей, при котором повышается их чувствительность к многочисленным раздражителям (триггерам); основным проявлением бронхиальной астмы являются более

или менее приступообразные нарушения бронхиальной проводимости, которые клинически выражаются в повторных эпизодах удушья, кашля и хрипов. Важно, что наличие аллергического воспаления, гиперреактивности бронхов и легкие нарушения бронхиальной проводимости могут не сопровождаться явными клиническими проявлениями.

Бронхиальная астма тесно связана с аллергией и нарушением регуляции иммунного ответа. В основе астмы лежит воспаление слизистой оболочки бронхов, и это воспаление носит аллергический характер. Аллергическое воспаление развивается в результате контакта с аллергенами, которые присутствуют в воздухе (аэроаллергенами) или в бронхах (инфекционными аллергенами) [3, 6, 7].

Даже в период отсутствия каких-либо симптомов, когда нет затруднения дыхания или кашля, в бронхах обнаруживаются признаки аллергического воспаления. Именно поэтому о бронхиальной астме говорят как о хроническом заболевании, а основное лечение, в свою очередь, должно быть направлено на борьбу с этим воспалением, т.е. являться противовоспалительным.

Хроническое воспаление слизистой оболочки бронхов ведет к бронхиальной гиперреактивности – гиперчувствительности бронхов на минимальные раздражающие факторы. Воздействие, даже минимальное, какого-либо раздражителя (вирусная инфекция, пыль в воздухе, холодный или горячий воздух, сильный запах, в т.ч. запах духов, гипервентиляция/усиленное дыхание – при физической нагрузке, смехе и т.п.) может вызвать бронхоспазм, приступ кашля или затрудненного дыхания (приступ астмы).

Важно, что триггеры (факторы обострения) – не причина аллергического воспаления → гиперреактивности бронхов → бронхиальной астмы.

Характерные симптомы обострения бронхиальной астмы:

- приступы удушья с чувством «нехватки воздуха» (часто наблюдаются в ночное время, что вызывает раннее пробуждение);
- свистящее дыхание, иногда слышимое на расстоянии;
- сухой (непродуктивный) кашель;
- одышка различной интенсивности.

Есть и другие признаки бронхиальной астмы, которые выявляются при обследовании.

Аллергические дерматозы (аллергодерматозы) – это аллергические заболевания кожи. Низкомолекулярные вещества, например, металлы, аллерген латекса, лекарственные и косметические средства, средства бытовой химии, пищевые продукты, аэроаллергены и другие аллергены могут воздействовать на кожу непосредственно или проникать в организм через слизистую желудочно-кишечного тракта или при инъекционном введении. Общие признаки аллергодерматозов: зуд кожи; гиперемия кожи (покраснение); уртикарные высыпания (волдыри, отеки); экзематозные высыпания (шелушение, сухость, изменение рисунка кожи). Основные аллергодерматозы: атопический дерматит; аллергическая крапивница; контактный дерматит/крапивница.

Помимо проявлений со стороны кожи, аллергия на пищевые продукты и лекарства может проявляться симптомами со стороны желудочно-кишечного тракта. Это может быть отек губ, языка, тошнота, рвота, спастические боли в животе, диарея.

Анафилактический шок – самый неблагоприятный вариант развития аллергической реакции. Одной из наиболее частых причин анафилактического шока является инсектная аллергия – аллергия на насекомых;

анафилактический шок развивается после укуса перепончатокрылыми насекомыми – осы, пчелы и шершни. Другой частой причиной анафилактического шока является лекарственная аллергия – на антибиотики, анальгетики, сульфаниламиды, гормоны, препараты из сыворотки, местные обезболивающие и пр.

Лечение

При сочетанном течении аллергического ринита и БА лечение больных является комплексным, оно включает медикаментозное и немедикаментозное лечение с соблюдением противоаллергического режима.

Известно, что влияние ингаляционных кортикостероидов на назальные симптомы и противовоспалительная активность этих препаратов делают их предпочтительными в терапии аллергических ринитов. На сегодняшний день новый интраназальный кортикостероид флютиказон фуруат – авамис (GlaxoSmithKline) обладает очень высоким сродством к глюкокортикоидным рецепторам, характеризуется большой длительностью действия на клеточном уровне, что позволяет назначать его один раз в сутки. В ряде экспериментальных исследований убедительно показано, что внутриклеточная концентрация флютиказона фуруата в течение 30 часов после введения остается достаточно высокой.

Исследования аффинности к глюкокортикоидным рецепторам различных кортикостероидных препаратов показали наибольшее сродство к рецепторам флютиказона фуруата.

Как показано в проведенном в европейских странах (Франция, Германия, Италия, Испания, Великобритания) исследовании, до 70% больных с сезонным аллергическим ринитом имеют глазные симптомы. Эффективность влияния препарата на глазные симптомы показана в метаанализе 35 клинических исследований, изучавших влияние интраназальных кортикостероидов на глазные симптомы у больных с сезонным аллергическим ринитом. Флютиказон фуруат продемонстрировал стабильную эффективность в устранении глазных симптомов по сравнению с плацебо в крупных исследованиях с адекватным дизайном. В то же время другие интраназальные кортикостероиды не обладают постоянством действия в отношении глазных симптомов.

Расхождения в эффективности могут быть следствием различного сродства к назальным рецепторам (Keith P., Scadding G. // *Allergy Asthma Proc.* – 2008).

Все препараты для медикаментозного лечения БА подразделяются на два вида: препараты для использования по потребности и купирования обострений и препараты для длительного контроля заболевания. В настоящее время, учитывая персистирующий характер воспаления при БА, основой лечения является противовоспалительная терапия.

В GINA-2002 изложены основные положения терапии БА, которые базируются на данных фундаментальных исследований, показывающих, что основными препаратами, влияющими на воспалительный процесс, являются ИГКС. Их назначение рекомендовано при персистирующей БА любой степени тяжести. Длительная терапия ИГКС значительно снижает частоту и тяжесть обострений, не приводя к увеличению частоты развития остеопороза или переломов костей [8, 9, 10].

Наиболее эффективные препараты для облегчения симптомов – бета2-агонисты с быстрым началом действия. Они являются наиболее эффективными бронходилататорами и препаратами выбора для купирования острых симптомов БА.

При лечении БА в настоящее время применяют «ступенчатый» подход, при котором интенсивность терапии увеличивается по мере увеличения степени тяжести БА.

Итак, в настоящее время ИГКС являются самыми эффективными противовоспалительными препаратами для лечения БА. Контролируемые исследования, проведенные с учетом требований медицины доказательств, показали их эффективность в плане улучшения функции дыхания, уменьшения гиперреактивности дыхательных путей, выраженности симптомов, частоты и тяжести обострений (уровень доказательности А).

ИГКС приводят к стабилизации клеточных мембран, уменьшают проницаемость сосудов, улучшают функцию бета2-рецепторов как путем синтеза новых, так и повышая их чувствительность, стимулируют эпителиальные клетки.

Количество ИГКС, доставляемое в дыхательные пути, зависит от номинальной дозы препарата, типа ингалятора, наличия или отсутствия пропеллента, а также техники выполнения ингаляции. Для повышения эффективности лечения и уменьшения дозы ИГКС используют бета2-агонисты длительного действия.

Ингаляторы с фиксированными комбинациями препаратов более удобны для пациентов, повышают комплаенс, обеспечивают одновременное введение бета2-агониста и ИГКС. Рассмотрим Серетид как препарат для длительного контроля над симптомами БА. Клинические исследования, проведенные с препаратом Серетид, доказали его высокую эффективность, более того, его эффективность при БА была выше, чем у его компонентов, назначаемых по отдельности. Серетид выпускается в порошковых ингаляторах Мультидиск. Данное ингаляционное устройство позволяет не только точно дозировать препарат, но и подсчитывать дозы. Результаты многочисленных исследований продемонстрировали, что прием Серетиды улучшает показатели качества жизни пациентов, повышает сотрудничество пациента с врачом, он удобен в применении.

Изучение предпочтений пациентов также показало преимущество комбинированного препарата [11, 12, 13, 14].

В достижении контроля бронхиальной астмы важно не только назначение современных и эффективных препаратов, но и доверие самого пациента к врачу и его желание неукоснительно следовать врачебным рекомендациям (комплаенс). Следует также разъяснять пациентам с БА, нуждающимся в базисной терапии комбинированным препаратом, необходимость регулярной длительной терапии для достижения и поддержания контроля заболевания. По результатам исследования GOAL, к 21-й неделе проведения такой базисной терапии у 75% пациентов удается достичь хорошего контроля БА. Это подчеркивает важность длительной терапии бронхиальной астмы, которая позволяет воздействовать не только на симптомы заболевания, но и на лежащие в их основе процессы воспаления в бронхиальном дереве и на бронхиальную гиперреактивность. Регулярное лечение минимизирует необходимость в препаратах для купирования приступов, что соответствует целям руководства GINA.

Существование взаимосвязи аллергического ринита и бронхиальной астмы является важнейшим обоснованием для своевременного проведения рациональной терапии больных аллергическим ринитом.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Ильина Н.И. Эпидемиология аллергического ринита // Российская ринология, 1999. – №1. – С. 23-25;
2. Mygind N. Rhinitis, Essential allergy // Blackwell Scientific Publications. 1986 p. 279-350;
3. Айсанов З.Р., Стулова О.Ю., Калманова Е.Н. и др. Оценка эффективности комбинированной терапии фликсотидом и серевентом у больных бронхиальной астмой // Пульмонология, 1998. – №3. – С. 14-18;
4. Гуцин И.С. Патогенез аллергического воспаления // Российская ринология, 1999. – №1. – С. 12-14;
5. Адо А.Д. Общая аллергология. М.: Медицина, 1978, главы 4, 5, 6, – С. 167-273;
6. Иммунология, иммунопатология и проблемы иммунотерапии в ринологии // Под ред. Н.А. Арефьевой. Уфа, 1997, – С. 3-120;
7. Бронхиальная астма. Глобальная стратегия. Совместный доклад Национального института «Сердце, Легкие, Кровь» и Всемирной организации здравоохранения // Пульмонология, 1996. Прил. – С. 1-166;
8. Mygind N. Mediator of nasal allergy // J. Allergy Clin. Immunol. 1982, v. 70, p. 149-159;
9. Гуцин И.С. Аллергическое воспаление и его фармакологический контроль. – М.: Фармарус Принт.
10. Ильина Н.И. Ингаляционные глюкокортикостероиды // Астма. ru. 2001. – С. 10-15;
11. Огородова Л. М., Петровский Ф. И. Серетид – препарат для комбинированной терапии бронхиальной астмы: четыре «почему?» // Аллергология. 2001. – №3. – С. 19-27;
12. Сенкевич Н.Ю., Белевский А.С., Мещерякова Н.Н. Пути повышения кооперативности больных бронхиальной астмой // Астма. ru. 2001. №0. – С. 25-29.
13. Клиническая фармакология ингаляционных глюкокортикостероидов // Пульмонология. 1996. №2. – С. 85-90;
14. Черняк Б.А., Воржева И.И. Новый этап комбинированной терапии бронхиальной астмы. Серетид: клиническая эффективность и безопасность // Аллергология, 2000. №1. – С. 32-39.

ТҰЖЫРЫМ

АЛЛЕРГИЯЛЫҚ РИНИТ ЖӘНЕ БРОНХИАЛДЫ ДЕМІКПЕ ЕМІНІҢ ҚАҒИДАЛАРЫ

*М.З. Муханбеджанова,
№4 қалалық емханасы,
Астана қ.*

Аллергиялық ринит пен бронхиальды демікпе арасындағы қатынас, уақытында рационалды ем жүргізудің негізі болып табылады. Бронхиальды демікпе бақылауына жету кезінде заманға сай және әсерлі дәрілермен қатар, науқастың дәрігерге сенуі мен оның дәрігер нұсқауларын толық орындауы қажет.

SUMMARY

PRINCIPLES OF TREATMENT OF AN ALLERGIC RHINITIS AND BRONCHIAL ASTHMA

*M.Z. Muhanbedzhanova,
City Polyclinic №4,
Astana c.*

The existence of the relationship of allergic rhinitis and asthma is the most important justification for the timely conduct of a rational therapy in patients with allergic rhinitis. In order to achieve control of asthma is not only a destination of modern and effective drugs, but also the confidence of the patient to the doctor and his desire to always follow medical recommendations.