

**Є.М. Дитятковська,
І.А. Родкіна,
С.В. Білецька,
Ю.В. Бендецька**

Міський алергоцентр
(зав.-к.мед.н. Є.М.Дитятковська)
Міська клінічна лікарня №7
м. Дніпропетровськ

Ключові слова: алергічний риніт,
клініка, лікування
Key words: allergic rhinitis, clinic,
treatment

СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО ЗНЯТТЯ ЗАГОСТРЕННЯ СЕЗОННОГО АЛЕРГІЧНОГО РИНІТУ

Резюме. Проведено дослідження і порівняльна оцінка клінічної ефективності 3 видів лікування 100 больних алергічним ринітом віком 18-55 років при використанні комбінацій H1-блокаторів 3-ї генерації з Фликсоназе, H1-блокаторів з Авамисом, H1-блокаторів з судосуживаючими препаратами в течение 14 днів. Встановлено, що включення в терапію флутиказона фуоата (Авамис) достовірно знизить назальні і очні симптоми, здійснює більш повне і швидке одужання, що є основою вважати його препаратом вибору в симптоматичній терапії сезонного АР, з допомогою якого можливо досягти повного і безпечного контролю АР.

Summary. Investigation and comparative assessment of clinical effectiveness of 3 types of treatment of 100 patients with allergic rhinitis (AR) aged 18-55 years who received combinations of H1-blockers of 3-d generation from Fliconase, H1-blockers with Avamis, H1-blockers with vasodilating agents during 14 days was carried out. It was established that inclusion of flutikasone furoat (Avamis) in therapy reliably decreases nasal and eye symptoms, promotes to a complete and quick recovery. This gives grounds to consider it as a drug of choice in symptomatic therapy of seasonal AR, which favors full and safe AR control.

Найбільша розповсюдженість алергопатології, за даними ВООЗ (2007), характерна саме для України і складає 40% [7]. Забруднення навколишнього середовища техногенними поллютантами, погіршення соціальних умов, різноманітні ліки, засоби дезінфекції, нераціональне харчування посилюють поєднану дію цих чинників на організм сучасної людини та створюють умови інтенсивних алергених навантажень [6].

Серед алергічних захворювань значна питома вага належить алергічному риніту як актуальній проблемі охорони здоров'я. Це захворювання широко поширене у всьому світі, до нього схильні, по меншій мірі, 10-25% населення, а його поширеність продовжує рости [2]. Хоча в більшості випадків АР не є важким захворюванням, воно знижує якість життя пацієнта, впливаючи на фізичну та розумову працездатність людини. Крім того, лікування АР вимагає досить суттєвих коштів. В Україні мільярди гривень витрачаються на лікування алергічних захворювань щорічно [5].

Своєчасна діагностика АР та ефективне його патогенетичне лікування запобігає прогресу захворювання, трансформації його у бронхіальну

астму, а також значно покращує якість життя пацієнтів.

Серед детермінуючих чинників АР особливе місце займають пилокві алергени. На їх агресивність впливає екологічний стан навколишнього середовища. Для Дніпропетровського регіону характерна сезонна III пилокві хвиля, коли відбувається опилення таких рослин, як полин, амброзія, лобода, соняшник, кукурудза. Інтенсивна індустриальна діяльність у регіоні значно посилює агресивність вищеперелічених алергенів. У зв'язку з цим у серпні – вересні реєструється значне підвищення захворюваності на АР працездатного дорослого населення.

Встановлено, що АР є чинником розвитку бронхіальної астми і навпаки. Так, 40% пацієнтів з АР страждають на бронхіальну астму, а 80% хворих на бронхіальну астму хворіють на АР.

Незважаючи на численні наукові дослідження етіо-патогенетичних аспектів АР, клініко-діагностичні особливості цього захворювання в умовах промислово забрудненої території представлені недостатньо [2,4].

У зв'язку з вищевикладеним метою даного дослідження є вивчення ефективності різних

комплексів лікування загострення сезонного АР, викликаного сенсibiliзацією до пилюку полину, амброзії, соняшнику, циклахени в умовах промислово розвинутого міста.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕНЬ

Під нашим спостереженням знаходилося 100 пацієнтів у віці від 18 до 55 років, у яких діагностований сезонний АР, а в період ремісії виявлена сенсibiliзація до алергенів III пилюкової хвилі. Ефективність лікування оцінювалася в балах (за методикою А.Д.Адо):

- 0 балів - відсутність симптомів;
- 1 бал - легкі симптоми;
- 2 бали - середньої тяжкості симптоми;
- 3 бали - тяжкі симптоми;
- 4 бали - дуже тяжкі симптоми.

Клінічне дослідження тривало протягом 2 місяців. У відповідності до поставлених завдань всі пацієнти були розділені на 3 групи:

- група I – 40 пацієнтів, лікування яких включало H1-блокатори останньої генерації і Фліксоназе;

- група II – 40 пацієнтів отримували H1-блокатори останньої генерації (телфаст 180 або еріус або ксизал по 1 т вранці) і Авамис (флютиказону фуруат) - 1 назальне вприскування на ніч;

- група III (контрольна) - 20 пацієнтів, які підлягали класичній схемі лікування із застосуванням судинозвужувальних препаратів та H1-блокаторів останньої генерації.

Діагностика АР під впливом різних комплексів симптоматичної терапії проводилася за клінічними проявами закладеності носу, ринореї та офтальмологічних симптомів до лікування, через 5 та 14 днів у відповідності із бальною шкалою їх інтенсивності.

Отримані результати опрацьовані загальноприйнятими методами варіаційної статистики.

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Результати лікування АР проявляються в зменшенні закладеності носа, особливо вночі, ринореї, що природно покращує якість життя. Тому надзвичайно важливо в комплекс лікування, окрім H1-блокаторів, включати топічні ГКС останнього покоління – флютиказону фуруат (Авамис).

Авамис- діюча речовина флюкатиазону фуруат; 27,5 мкг. Флютиказону фуруат — синтетичний фторований кортикостероїд із дуже високим рівнем спорідненості до глюкокортикоїдних рецепторів і сильною протизапальною дією. Фармакологічні властивості нової молекули флютиказону фуруату істотно відрізняються від інших

ІНС завдяки тому, що Ефір 17-альфа фуруату повністю відповідає кишені глюкокортикоїдного рецептора, саме це і забезпечує збільшення спорідненості і селективності по відношенню до глюкокортикоїдних рецепторів, мінімізуючи стимулюючу дію на мінералокортикоїдних і прогестеронових рецепторах. Ці особливості нової молекули дозволили виділити механізм гальмування назо-окулярного аксон рефлекса і, таким чином, впливати на очні симптоми при алергічному риніті. Важливим є і той факт, що флютиказону фуруат володіє тривалішою дією на клітинному рівні, що дозволяє зберігати стабільні концентрації в слизовій оболонці тривалий час.

Отримані дані та їх аналіз, наведені в таблиці 1, свідчать, що симптоми АР під впливом H1-блокаторів у комбінації з Фліксоназе вже на 5 добу достовірно зменшуються, а на 14 добу у пацієнтів практично зникають. Так, частота скарг хворих на закладення носу та ознаки у них ринореї через 5 днів лікування зменшуються з $2,65 \pm 0,09$ до $1,68 \pm 0,12$ та з $2,35 \pm 0,13$ до $1,25 \pm 0,12$ відповідно з високим ступенем достовірності ($p < 0,001$). На 14 добу спостереження вказані клінічні симптоми практично не реструкуються. Разом із тим, скарги на хемоз та свербіння, як офтальмологічні симптоми, у обстежених хворих у процесі лікування залишаються на незмінному рівні.

Таблиця 1

Динаміка частоти симптомів алергічного риніту у пацієнтів групи I протягом курсу лікування H1-блокаторами та Фліксоназе (M±m;n=40)

Симптоми	До лікування	5-а доба	14-а доба
Закладеність носу	$2,65 \pm 0,09$	$1,68 \pm 0,12^*$	$0,15 \pm 0,05^*$
Ринорея	$2,35 \pm 0,13$	$1,25 \pm 0,12^*$	$0,05 \pm 0,03^*$
Офтальмологічні симптоми(хемоз, свербіння)	$1,60 \pm 0,12$	$1,73 \pm 0,18$	$1,7 \pm 0,13$

Примітка: * - $p < 0,001$ по відношенню до початку лікування

Отримані дані та їх аналіз, наведені в таблиці 2, свідчать, що симптоми АР під впливом H1-блокаторів у комбінації з Авамисом вже на 5 добу достовірно зменшуються, а на 14 добу у пацієнтів практично зникають. Так, частота скарг хворих на закладення носу та ознаки у них ринореї через 5 днів лікування зменшуються з $3,2 \pm 0,12$ до $1,65 \pm 0,12$ та з $2,28 \pm 0,13$ до $1,08 \pm 0,10$

відповідно з високим ступенем достовірності – ($p < 0,001$). На 14 добу спостереження вказані клінічні симптоми хворих не турбують.

Таблиця 2

Динаміка частоти симптомів алергічного риніту у пацієнтів групи II протягом курсу лікування Н1-блокаторами та Авамисом ($M \pm m; n=40$)

Симптоми	До лікування	На 5-й день	На 14-й день
Закладеність носу	$3,2 \pm 0,12$	$1,65 \pm 0,12^*$	$0,075 \pm 0,04^*$
Ринорея	$2,28 \pm 0,13$	$1,08 \pm 0,10^*$	$0,0 \pm 0,0^*$
Офтальмологічні симптоми (хемоз, свербіння)	$1,68 \pm 0,12$	$1,05 \pm 0,10^*$	$0,58 \pm 0,10^*$

Примітка: * - $p < 0,001$ по відношенню до початку лікування

Аналізуючи дані клінічної симптоматики у хворих III групи, для лікування яких застосували судинозвужувальні препарати та Н1-блокатори останньої генерації, слід зазначити, що вона в динаміці змінювалась неоднозначно за строками їх зменшення та зникнення. Так, найбільш швидко зникали симптоми ринореї, частота яких на 5 день практично удвічі зменшилась – з $2,32 \pm 0,18$ до $1,68 \pm 0,19$ випадків, стабільно залишаючись на цьому рівні наступні 9 днів лікування. Скарги хворих на закладеність носу статистично достовірно зменшилась тільки на 14 день лікування. При цьому суб'єктивний ефект полегшення був короткочасним, оскільки закладеність носу не турбувала хворих тільки 1-2 години. Стосовно офтальмологічних симптомів, то їх частота та інтенсивність практично не змінювалась протягом даного курсу лікування.

Аналізуючи клінічну динаміку зменшення суб'єктивної інтенсивності скарг хворих, слід зазначити, що їх повнота була різною при різних схемах лікування. Ранжування ефективності трьох досліджених схем лікування дозволяє стверджувати, що застосування Н1-блокаторів з Авамисом було найбільш результативним, повним і швидким, оскільки всі 3 види симптомів

достовірно зменшувались та зникали у найкоротші строки.

Друге місце посідає схема застосування Н1-блокаторів у комбінації з Фліксоназе, оскільки з 3 видів симптомів тільки 2 з них купуються вже на 5 добу застосування. Найменш ефективним та неповним для хворих виявився курс лікування із застосуванням Н1-блокаторів та судинозвужувальних препаратів.

Таблиця 3

Динаміка частоти симптомів алергічного риніту у пацієнтів групи III протягом курсу лікування судинозвужувальними препаратами та Н1-блокаторами ($M \pm m; n=20$)

Симптоми	До лікування	На 5-й день	На 14-й день
Закладеність носу	$2,42 \pm 0,2$	$2,16 \pm 0,19$	$1,63 \pm 0,17^*$
Ринорея	$2,32 \pm 0,18$	$1,68 \pm 0,19^*$	$1,68 \pm 0,19^*$
Офтальмологічні симптоми (хемоз, свербіння)	$2,33 \pm 0,18$	$2,21 \pm 0,17$	$2,26 \pm 0,16$

Примітка: * - $p < 0,05$ по відношенню до початку лікування

ВИСНОВКИ

1. Включення в терапію флютиказону фуруату (Авамис) достовірно знижує назальні і очні симптоми. Оскільки фармакологічні властивості нової молекули флютиказону фуруату істотно відрізняються від інших ІНС завдяки тому, що Ефір 17-альфа фуруату повністю відповідає кишечній глюкокортикоїдного рецептора, саме це і забезпечує збільшення спорідненості і селективності по відношенню до глюкокортикоїдних рецепторів, мінімізуючи стимулюючу дію на мінералокортикоїдних і прогестеронових рецепторах. Важливим є і той факт, що флютиказону фуруат володіє тривалішою дією на клітинному рівні.

2. Флютиказону фуруат (Авамис) є препаратом вибору в симптоматичній терапії сезонного АР, за допомогою якого можливо добитися повного і безпечного контролю АР.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Алергологія / За ред. Ю.В. Вороненка і Л.В. Кузнецової.- К.:2008.- 386с.
2. Дитятковська Є.М., Бендецька Ю.В., Родина І.А. Ефективність Гистафена в ліценні алергі-

ческих заболеваний // Медицинские перспективы.- 2009.- №2, ч.1.- С.57-59.

3. Дранник Г.Н. Клиническая иммунология и алергология.- Одесса: Астро-Принт,1999.- С.416-423.

4. Недельська С.М., Кузнецова О.Д., Пахольчук О.П. Маловивчені види гіперчутливості у дітей з бронхіальною астмою та алергічним ринітом // Медичні перспективи.- 2009.- №2, ч.1.- С.27-30.

5. Пухлик Б.М. Парадокси новацій в алергології // Астма та алергогія.- 2006.- №1-2.- С.97.

6. Чураков А.Н., Матвеева А.П. Распространен-

ность бронхиальной астмы и аллергического ринита в условиях экологического неблагополучия // Астма.- 2003.- №1.- С.88-91.

7. Enroco Compalati, Martin Penagous, Karen Henly. Allergy prevalence Survey by the world allergy organization // J.World Allergy Organization. – 2007. – Vol. 19, N3. – P.82-90.

