

# Аллергический ринит и бронхиальная астма: современные подходы к терапии и их влияние на частоту госпитализаций

**О.А. Полевая, Г.И. Сторожаков**

Согласно данным эпидемиологических исследований **аллергический ринит (АР)** очень часто сопутствует **бронхиальной астме (БА)** [1, 2]. Распространенность АР в популяции составляет 10–40%, при этом среди больных БА проявления АР отмечаются у 30–78% [3–5], а по некоторым данным даже у 95% [6]. Многочисленные исследования, проведенные в России и за рубежом, показывают неуклонное повышение распространенности аллергических заболеваний как у детей, так и у взрослых [2, 7–10]. На сегодняшний день в мире АР страдает более 20% населения, и его распространенность продолжает расти [5, 11–13].

**Аллергический ринит** – это хроническое заболевание, в основе которого лежит опосредованная иммуноглобулинами класса Е реакция на попадание аллергенов на слизистую оболочку полости носа. Основными симптомами АР служат выделения из носа, заложенность, чихание и зуд.

Согласно современной **классификации** выделяют интермиттирующий АР (симптомы беспокоят больного менее 4 дней в неделю или менее 4 нед) и персистирующий АР (присутствие симптомов более 4 дней в неделю и более 4 нед). Кроме того, по

тяжести АР разделяют на легкий и среднетяжелый–тяжелый [13].

Основными **методами лечения АР** являются:

- предупреждение контакта с аллергенами;
- медикаментозная терапия;
- специфическая иммунотерапия (СИТ);
- обучение пациентов.

Тяжесть аллергического заболевания и его динамика напрямую связаны с концентрацией аллергенов в окружающей среде. **Элиминация аллергенов** уменьшает выраженность проявлений АР, хотя полное исключение контакта с причинными аллергенами далеко не всегда возможно. Элиминация аллергенов клещей домашней пыли включает в себя использование синтетических постельных принадлежностей и гипоаллергенных чехлов для них, частую стирку постельного белья при 60°C, отказ от использования ковров, мягкой мебели и т.п., проведение влажной уборки не реже 1 раза в неделю. При эпидермальной аллергии следует по возможности избавиться от домашних животных или по крайней мере не допускать их присутствия в спальне.

**СИТ** рассматривается как эффективный метод противоаллергического лечения, с помощью которого достигается снижение чувствительности пациента к причинно-значимым аллергенам. Обязательным условием при проведении СИТ является использование только стандартизованных экстрактов аллергенов, строгое

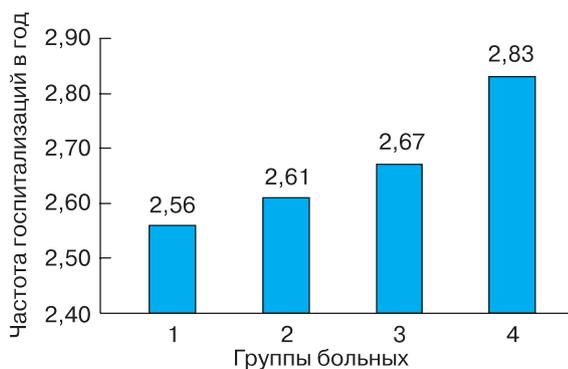
соблюдение показаний, противопоказаний и методологии. При несоблюдении существующих требований к проведению СИТ возникает риск системных анафилактических реакций, поэтому СИТ должна проводиться только врачом, прошедшим специальную подготовку.

Основу **медикаментозного лечения** АР составляют интраназальные глюкокортикостероиды, антигистаминные препараты, кромоны, антилейкотриеновые препараты и деконгестанты. Наибольшей клинической эффективностью при АР обладают интраназальные глюкокортикостероиды, которые оказывают противовоспалительное и протективное действие [1].

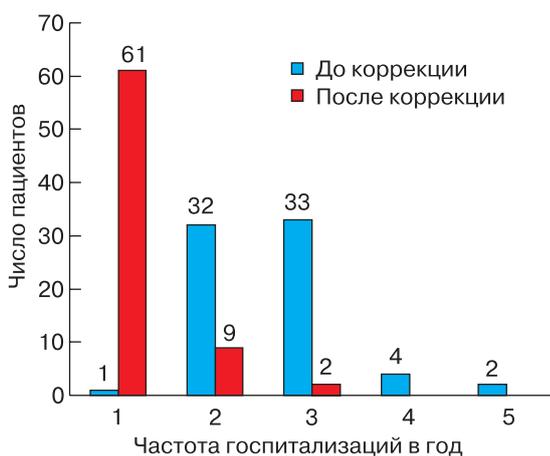
Нами проведено исследование, в котором у больных БА, страдающих сопутствующим АР, **оценивалось влияние базисной терапии БА и АР на частоту госпитализаций**. Адекватная базисная терапия БА в соответствии с международными и национальными рекомендациями включала ингаляционные глюкокортикостероиды и  $\beta_2$ -агонисты длительного действия, основу базисной терапии АР составляли интраназальные глюкокортикостероиды. В исследовании участвовали 165 пациентов (69 мужчин и 96 женщин), средний возраст 54 года. БА средней тяжести течения имела у 146 пациентов, тяжелого течения – у 19. Из 165 пациентов у 72 (44%) установлен диагноз АР. В ходе исследования проводилось анкетирование больных с целью уточнения применяемых препаратов, их доз и кратности

**Ольга Александровна Полевая** – аспирант кафедры госпитальной терапии № 2 Лечебного факультета РГМУ.

**Геннадий Иванович Сторожаков** – профессор, академик РАМН, зав. кафедрой.



**Рис. 1.** Исходная частота госпитализаций по поводу БА у больных разных групп.



**Рис. 2.** Число пациентов с различной частотой госпитализаций по поводу БА до и после коррекции терапии БА и АР.

приема, на основании чего оценивалась адекватность базисной терапии БА и АР.

Пациенты с БА и АР были разделены на **четыре группы**:

1 – с адекватной базисной терапией БА и АР – 9 человек (12,5%);

2 – с адекватной базисной терапией БА, но без терапии АР – 31 человек (43%);

3 – с недостаточной базисной терапией БА – 12 человек (16,7%);

4 – без адекватной базисной терапии БА и АР – 20 человек (27,8%).

У пациентов каждой из четырех групп была определена средняя **частота госпитализаций** по поводу БА в течение календарного года (рис. 1). Представленные данные показывают, что частота госпитализаций зависит от того, насколько адекватной была проводившаяся терапия как БА, так и АР. Бóльшая частота госпитализаций наблюдалась в 3-й группе, где неправильно были подобраны дозы и/или кратность приема препаратов, и в 4-й группе (максимальная частота госпитализаций), где не было адекватной терапии ни БА, ни АР.

У всех пациентов, участвовавших в исследовании, во время пребывания в стационаре была **скорректирована базисная терапия** БА и сопутствующего АР.

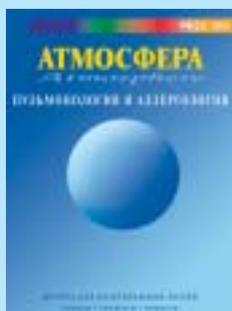
Динамика частоты госпитализаций до и после коррекции терапии представлена на рис. 2. Суммарно частота госпитализаций снизилась до 0,2 раза в год. Столь значительное снижение потребности в стационарном лечении, произошедшее, в том числе, и в 1-й группе (с исходно адекватной терапией), можно объяснить тем, что кроме подбора базисной терапии БА и АР

проводилось обучение больных в астма-школе.

Таким образом, значительное снижение частоты госпитализаций у пациентов, страдающих БА и сопутствующим АР, показало высокую эффективность сочетания адекватной базисной терапии БА и лечения АР. Раннее выявление и адекватное лечение АР предупреждает развитие тяжелых обострений БА и способствует снижению частоты госпитализаций у больных, страдающих БА и АР. Также исследование подтвердило, что контроль БА при сопутствующем АР невозможен без адекватного лечения патологии респираторной системы в целом. Следовательно, лечение аллергического ринита необходимо включать в план ведения больных БА.

### Список литературы

1. International Study of Asthma and Allergies in Childhood (ISAAC) Steering Committee // Lancet. 1998. V. 351. P. 1225.
2. Чучалин А.Г. // Аллергические и респираторные заболевания. 2001. № 1. С. 2.
3. Ильина Н.И. // Российская ринология. 1999. № 1. С. 23.
4. Loewe G. et al. // Rinology. 1985. V. 23. № 1. P. 19.
5. Cervenka J. // Cesk. Otolaryngol. 1990. V. 38. № 4. P. 215.
6. Demoly P. et al. // Allergy. 2003. V. 58. № 3. P. 233.
7. Ильина Н.И. // Consilium Medicum. 2000. T. 2. № 8. С. 338.
8. Cauna N. et al. // Ann. Otolaryngol. 1972. V. 81. P. 41.
9. Higashi N. et al. // J. Allergy Clin. Immunol. 2004. V. 113. № 2. P. 277.
10. Settupane G.A. et al. // J. Allergy Clin. Immunol. 1982. V. 69. P. 148.
11. Peterson B.V., Saxon A. // Ann. Allergy Asthma Immunol. 1996. V. 4. P. 263.
12. Boulay M.E., Boulet L.P. // Curr. Opin. Allergy Clin. Immunol. 2003. V. 3. № 1. P. 51.
13. Bousquet J. et al. // J. Allergy Clin. Immunol. 2001. V. 108. P. 147.



## Продолжается подписка на научно-практический журнал “Атмосфера. Пульмонология и аллергология”

Подписку можно оформить в любом отделении связи России и СНГ.

Журнал выходит 4 раза в год. Стоимость подписки на полгода по каталогу агентства “Роспечать” – 80 руб., на один номер – 40 руб.

Подписной индекс 81166.