

Кларисенс в лечении пыльцевой бронхиальной астмы

С.В. Царев

Бронхиальная астма (БА) часто сочетается с аллергическим ринитом (АР): до 75–80% больных БА имеют АР [1]. При этом ринит является фактором риска развития БА и часто предшествует ей [2]. У многих больных АР, не имеющих клинических проявлений БА, выявляется гиперреактивность бронхов, как неспецифическая, так и специфическая. Бытовые, эпидермальные, грибковые, пыльцевые аллергены, а также аспирин и другие нестероидные противовоспалительные средства могут вызывать как БА, так и АР.

Известны данные о патогенетической взаимосвязи БА и АР, а также о влиянии ринита на клиническое течение БА. Эффективное лечение АР оказывает положительное влияние на течение БА – уменьшается частота обострений БА, снижаются дозы базисных препаратов [3].

Функционально и морфологически верхние и нижние дыхательные пути не отделяемы. В настоящее время выделяют следующие механизмы возникновения бронхиальной обструкции при АР:

- участие аллергенов, риновирусов, гиперпродукции гистамина в формировании бронхиальной гиперреактивности;
- назобронхиальный рефлекс;
- увеличение контакта бронхов с холодным сухим воздухом и аллергенами из-за назальной обструкции;
- единство воспалительного процесса верхних и нижних дыхательных путей.

Процесс воспаления в слизистой оболочке бронхов и носа характеризу-

ется одинаковым набором воспалительных клеток (включая эозинофилы, тучные клетки и Т-лимфоциты) и профилем цитокинов. В дополнение при АР происходит аспирация медиаторов IgE-зависимой аллергической реакции, а также гематогенное попадание их в легкие.

Различия есть в механизме обструкции: при АР обструкция определяется во многом переполнением сосудистого русла, а при БА – спазмом гладкой мускулатуры. Кроме того, эпителий при АР, в отличие от БА, обычно не слущивается.

Основной способ лечения аллергических заболеваний – это элиминация причинно-значимого аллергена. Если контакт с аллергеном неизбежен, то при БА и АР проводится специфическая иммунотерапия (СИТ) и медикаментозное лечение. К базисным противовоспалительным препаратам для лечения БА относятся кромогликат и недокромил натрия, блокаторы лейкотриеновых рецепторов, глюкокортикостероиды (ГКС); все эти средства эффективны и при АР.

В последнее время появились данные о влиянии некоторых антигистаминных препаратов (АГП) на механизмы аллергического воспаления. Так, показано ингибирующее влияние дезлоратадина и лоратадина на ряд цитокинов (интерлейкины 4, 5, 8, 13, фактор некроза опухолей), хемокинов, молекул адгезии [4]. Однако в клинической практике АГП не входят в перечень основных лекарств, эффективных при БА: как правило, они не обладают четкими свойствами базисных препаратов и не купируют острый бронхоспазм. С другой стороны, эффективное лечение ринита должно положительно влиять на течение БА. В этой связи представляет интерес место

АГП в терапии больных АР в сочетании с БА.

Целью представленного исследования было изучение влияния терапии аллергического ринита антигистаминным препаратом II поколения Кларисенсом (лоратадином) на течение БА.

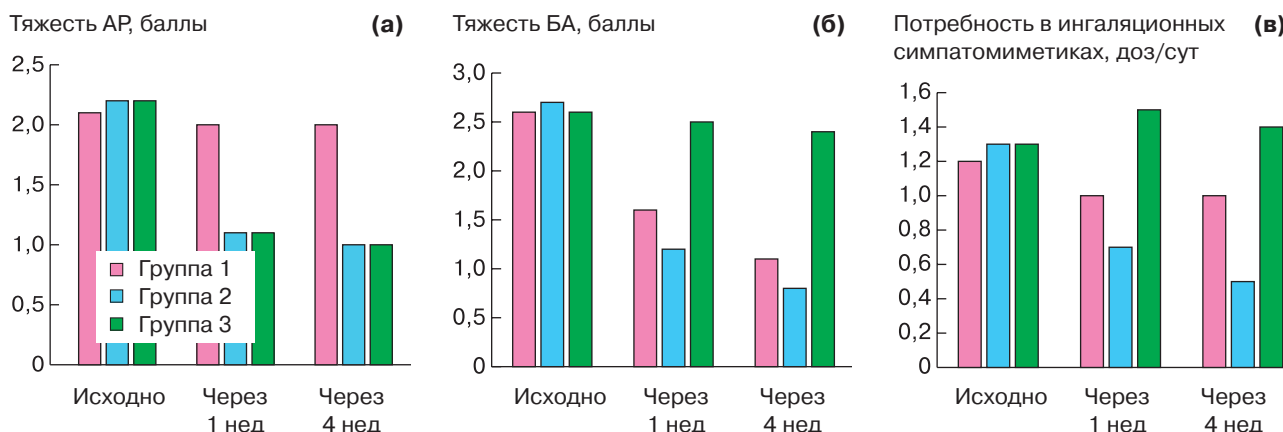
В открытое сравнительное исследование было включено 30 больных поллинозом в возрасте 13–18 лет. У всех больных было сочетание пыльцевой БА и АР средней степени тяжести (по международной классификации). В исследование не включались пациенты, применявшие в течение 1 мес до исследования АГП, кетотифен, кромогликаты или ГКС или получавшие СИТ в течение последних 2 лет.

Обследованные больные методом случайной выборки были разделены на 3 группы по 10 человек. Первая группа получала базисную терапию БА (ингаляционно кромогликат по 10 мг 4 раза в день), а симптомы АР купировались интраназальными деконгестантами. Пациентам второй группы проводилось аналогичное лечение БА, в терапии АР применялся Кларисенс (в таблетках по 10 мг 1 раз в сутки). Пациенты третьей группы принимали только Кларисенс в указанной дозе. Во всех группах использовались бронходилататоры по потребности.

Оценку выраженности симптомов АР и БА проводили исходно, на 8–9-й день лечения и в конце исследования (27–28-й день). Тяжесть симптомов оценивалась по 3-балльной шкале отдельно для АР и БА: от 0 (нет симптомов) до 3 (симптом значительно нарушает жизнедеятельность или сон).

Пациенты ежедневно регистрировали симптомы АР и БА, потребность в ингаляционных бронхорасширяющих средствах, измеряли утром и вечером пиковую скорость выдоха.

Сергей Владимирович Царев – канд. мед. наук, аллерголог-иммунолог научно-консультативного отделения, ГНЦ Институт иммунологии МЗ РФ, Москва.



Динамика тяжести симптомов АР (а) и БА (б), потребности в ингаляционных симпатомиметиках (в) на фоне терапии.

По окончании исследования врач совместно с больным оценивали эффективность лечения в баллах (отдельно для АР и БА):

- 1 – отлично (все симптомы исчезли);
- 2 – хорошо (выраженность симптомов значительно уменьшилась);
- 3 – удовлетворительно (улучшение незначительное);
- 4 – неудовлетворительно (эффекта нет).

Динамика симптомов АР в процессе лечения показана на рисунке. Отмечалось улучшение самочувствия у пациентов 2-й и 3-й групп (т.е. принимавших Кларисенс) по сравнению с пациентами 1-й группы. Из всех проявлений ринита (зуд, чиханье, ринорея, заложенность) во 2-й и 3-й группах несколько менее успешно лечилась заложенность (отек слизистой оболочки). В 1-й группе отечность быстро купировалась сосудосуживающими каплями, но этот эффект был непродолжительным, и общая тяжесть симптомов ринита в процессе лечения почти не уменьшалась.

Положительная динамика симптомов БА наблюдалась в 1-й и 2-й группах, т.е. у пациентов, получавших базисную противовоспалительную тера-

пию (см. рисунок). Несколько более выраженное улучшение наблюдалось у пациентов 2-й группы. У больных 1-й и 2-й групп базисная терапия кромогликатом натрия обеспечивала относительно удовлетворительный контроль БА, что подтверждается уменьшением потребности в ингаляционных симпатомиметиках (см. рисунок) и среднесуточных колебаний пиковой скорости выдоха (ПСВ) (с 18 до 8% в 1-й группе и с 20 до 5% – во 2-й). В 3-й группе 2 пациента были исключены из исследования в связи с нарастанием бронхиальной обструкции – у них участились эпизоды затрудненного дыхания, ухудшились показатели пикфлоуметрии. Этим пациентам к лечению был добавлен беклометазона дипропионат.

Оценка эффективности лечения показана в таблице. Низкая эффективность лечения ринита наблюдалась в 1-й группе, где для терапии АР использовались только сосудосуживающие капли, кратковременно облегчавшие состояние. Наихудшие результаты в лечении БА отмечены в 3-й группе (эффективность рассчитана для 8 пациентов), где применялись только бронходилататоры и Кларисенс. Лучшие результаты лечения БА и АР достигнуты у пациентов 2-й группы, получавших противовоспалительные средства в сочетании с Кларисенсом.

Анализируя эти данные, можно сказать, что адекватное лечение ринита способствует успешной терапии

БА. В этом случае более редкими становятся эпизоды затрудненного дыхания, уменьшается суточный разброс ПСВ и т.д.

В данном исследовании не ставилась задача оценить противовоспалительный эффект антигистаминного препарата, не отслеживалась динамика провоспалительных цитокинов и т.п., а оценивалась только клиническая картина заболевания. В итоге клинических признаков эффективного противовоспалительного лечения в 3-й группе не было выявлено.

В заключение можно сказать, что медикаментозная терапия поллиноза с клиническими проявлениями пыльцевой БА должна состоять, во-первых, из базисных противовоспалительных ингаляционных средств, во-вторых, из пероральных антигистаминных препаратов. При необходимости для купирования приступов можно использовать ингаляционные симпатомиметики, а для улучшения носового дыхания – деконгестанты. В случае недостаточной эффективности антигистаминных препаратов для лечения ринита целесообразно применять интраназальные ГКС.

Список литературы

1. Sibbald B., Rink E. // Thorax. 1991. V. 46. P. 895.
2. Settipane R.J. et al. // Allergy Proc. 1994. V. 15. P. 21.
3. Pauwels R. // Clin. Exp. Allergy. 1998. V. 28. Suppl. 2. P. 37.
4. Genovese A. et al. // Clin. Exp. Allergy. 1997. V. 27. P. 559.

Оценка эффективности лечения

Группы	Эффективность, баллы	
	БА	АР
1-я	1,8	3,1
2-я	1,5	1,3
3-я	3,5	1,2