



Таблица 5

Параметры ФВД в % от д.в. у больных ХОБЛ
1-я группа (M±m, n=23)

Параметры	До лечения	2 недели	1 месяц	2 месяца
ЖЕЛ	77,1±2,2	76,3±1,9	81,5±2,3*	78±2,4
ОФВ1	60±1,2	60±2,1	62,6±2	61±2,1
ПСВ	62,1±2,8	64,2±3,8	66,1±3,4	63,6±3,7

* — $p < 0,05$.

Таблица 6

Параметры ФВД в % от д.в. у больных ХОБЛ
2-я группа (M±m, n=28)

Параметры	До лечения	2 недели	1 месяц	2 месяца
ЖЕЛ	66±2,9	70,6±3*	69,6±2,8	68,5±3,1
ОФВ1	34,6±1,6	39,2±2**	39,1±1,7**	38,3±1,9
ПСВ	35,5±2	41±2,5*	41±2,5**	41,2±2,5*

* — $p < 0,05$, ** — $p < 0,01$.

Уменьшение кашля и одышки к концу второго месяца лечения наблюдалось, соответственно, у 36,4% и 30,4% больных в 1-й группе больных ХОБЛ ($t > 2,1$) и несколько чаще во 2-й группе: у 39,3% и 32,1% больных соответственно ($t > 2,1$).

В целом у больных ХОБЛ через 2 месяца терапии ингаляционным глюкокортикостероидом наблюдался прирост ОФВ₁ $> 12\%$ от исходного уровня у 31,4% ($n=16$), при этом 50% этих больных имели среднетяжелое течение, 31,3% — тяжелое, 12,5% — очень тяжелое и 6,3% — легкое течение заболевания. Большая доля их — 68,7% больных принадлежали ко 2-й группе.

Заключение. Таким образом, терапия ингаляционным кортикостероидом Бенакормом дает значительное клинико-функциональное улучшение у больных БА, при этом параметры ФВД возвращаются к норме уже к концу 1-го месяца лечения у больных с исходными значениями ОФВ₁ $> 50\%$ от должных. У больных ХОБЛ клиническая эффективность будесонида наблюдается через 2 месяца лечения лишь у трети пациентов. Функциональное улучшение наблюдается у больных с исходными значениями ОФВ₁ $< 50\%$ от должных после 2-недельного перорального курса преднизолоном и сохраняется на фоне ингаляций будесонида. При этом значимый прирост ОФВ₁ произошел у 31,4% больных, что соответствует данным многих руководств и позволяет рекомендовать длительную терапию ингаляционными глюкокортикостероидами у данной категории больных ХОБЛ после доказанной начальной эффективности.

ЛИТЕРАТУРА

1. Глобальная стратегия лечения и профилактики бронхиальной астмы (GINA): Пересмотр 2002 г. / Под ред. А. Г. Чучалина. — М., 2002.
2. Глобальная инициатива по хронической обструктивной болезни легких (GOLD): Пересмотр 2003 г. / Под ред. А. Г. Чучалина. — М., 2003.
3. Суточникова О. А., Соколов А. С., Авдеев С. Н., Денисов М. А. Отечественные препараты для лечения бронхиальной астмы: Методические рекомендации для врачей общей практики. / Под ред. акад. А. Г. Чучалина. — М., 2004. — 27 с.
4. Шмелев Е. И. Хроническая обструктивная болезнь легких. — М., 2003.

Профессиональный аллергический ринит: клиника, диагностика, лечение

А. В. ЖЕСТКОВ, Государственный медицинский университет, Самара.

В последние годы в РФ и в Самарской области отмечен рост частоты профессионального аллергического ринита (ПАР), в том числе у медицинских работников. ПАР определяется как заболевание, обусловленное контактом с вредным веществом на рабочем месте, как отдельная форма он выделен в международных классификациях ринитов. Многие профессиональные факторы, с которыми имеют контакт медицинские и фармацевтические работники, являются полноценными аллергенами или оказывают сильное раздражающее действие на слизистую оболочку органов дыхания. Истинная частота ПАР недооценивается, так как в некоторых случаях может отмечаться поливалентная сенсибилизация, которая не беспокоит пациентов и они не всегда обращаются к врачу. Кроме того, диагностика ПАР у медицинских работников представляет собой определенные трудности.

Особенностями профессиональных заболеваний верхних дыхательных путей являются:

1. Развитие заболевания после латентного периода, необходимого для формирования сенсибилизации.
2. Эффект элиминации, заключающийся в улучшении состояния пациента после прекращения действия производственных факторов (отпуск, командировки, выходные дни, госпитализация).
3. Синдром реэкспозиции, характеризующийся появлением симптомов болезни при возобновлении работы (синдром «понедельника»).
4. Положительные провокационные назальные и кожные пробы с этиологическими агентами, определение причинно-значимых аллерген-специфических IgE и IgG в сыворотке крови.
5. Развитие профессиональных аллергических заболеваний при соблюдении элементарной техники безопасности в условиях крайне малых концентраций в окружающей среде лекарственных и других веществ, не превышающих уровней ПДК.

6. У медиков и фармацевтов наблюдается преимущественно сенсибилизирующее действие профессиональных факторов при отсутствии других триггерных эффектов на механической и бактериальной основе.

Многие исследователи отмечают, что ПАР часто сопутствует профессиональная бронхиальная астма (40-80% случаев). Клинические симптомы поражения слизистой носа при контакте с профессиональными аллергенами отмечаются одновременно с симптомами бронхиальной гиперреактивности, имеют сходные патогенетические механизмы.

Диагностика ПАР включает в себя тщательный сбор анамнестических данных с применением общепринятых в мире и в РФ специальных вопросов, физикальное обследование больного, так как симптомы АР могут проявиться через 6-8 часов после контакта с аллергеном (гиперчувствительность замедленного типа). В выходные дни симптомы заболевания обычно уменьшаются, но при длительном контакте с аллергеном клиническая симптоматика сохраняется и в выходные дни, за исключением случаев, когда пациенты не работают в течение 7 дней и более. Важным также является отсутствие симптомов до начала работы в контакте с профессиональными аллергенами.

Физикальное обследование позволяет определить неспецифические признаки воспаления и поэтому не играет решающей роли в диагностике. Для подтверждения диагноза проводятся прямые ингаляционные пробы, результаты которых оценивают по динамике клинических симптомов и проходимости носовых ходов. Предполагаемый аллерген вводят в постепенно увеличивающихся дозах в камерах со специальной системой вентиляции.

Обязательно количественное определение уровня общего IgE в сыворотке крови. Однако следует отметить, что в большинстве случаев при ПАР уровень IgE в сыворотке не превышает нормальных значений и требуется индикация аллерген-специфических IgE. Определяется уровень общего IgE и в назальном секрете, но чувствительность теста не-

высока (ориентировочный), положительные значения регистрируются при уровне общего IgE в сыворотке крови более 900–1000 МЕд/мл. Выявление аллерген-специфических IgE *in vitro* указанными методами (ИФА, хемилюминесценция, CAP, RAST, FAST, FAST/FLOW-CAST — Buhlman Lab., BASO TEST — Beckton Dic.), проведение провокационных назальных тестов с профессиональными аллергенами, кожное тестирование составляют основу диагностики ПАР, позволяют исключить сенсibilизацию к другим группам аллергенов. В настоящее время разработаны наборы для индикации аллерген-специфических IgE к лекарственным и другим профессиональным аллергенам (ENDA, 2002). Кроме указанных диагностических методик применяются также базофильный тест, реакции торможения миграции лейкоцитов («полоскательный тест»).

Клинические проявления профессионального АР достаточно типичны. Основные симптомы заболевания — это зуд и раздражение полости носа, чихание и ринорея, часто сопровождающиеся заложенностью носа. ПАР может сопровождаться шекотанием в горле, зудом в глазах и ушах, слезотечением и отеком глазных яблок. По нашим наблюдениям, у 40% пациентов при ПАР отмечаются симптомы бронхиальной астмы. При легком течении ПАР создает небольшие неудобства, в тяжелых приводит к полной потере трудоспособности. Он может осложниться головной болью, утомляемостью, нарушением концентрации внимания и существенно снижать качество жизни пациентов. С течением времени симптомы заболевания могут уменьшаться.

Обычно при ПАР на протяжении 20–60 минут контакта с аллергеном во время работы возникают зуд в носу и носоглотке, чихание, обильное водянистое отделяемое из носа, быстро нарастающее затруднение носового дыхания. Одновременно появляются зуд век и слезотечение. При более низкой степени чувствительности и при постоянном контакте с аллергеном на рабочем месте клинические проявления иные: чихание бывает редко, чаще всего в начале рабочего дня. Конъюнктивы обычно не вовлекаются в процесс. Преобладают жалобы на почти постоянное затруднение носового дыхания во время выполнения работы. Отделяемое из носа обильное, чаще слизистого, а не водянистого характера. При выраженной обструкции характерно затекание слизи в носоглотку. Аносмия при ПАР бывает редко.

При осмотре полости носа видна отечная, бледная слизистая оболочка, носовые ходы сужены в различной степени. Полипы при ПАР бывают сравнительно редко. При осмотре носоглотки отмечаются гипертрофия лимфоидной ткани, бледность и отечность uvula. На рентгенограмме придаточных пазух носа обычно находят равномерное, нерезко выраженное утолщение слизистой оболочки верхнечелюстных пазух. В лейкоцитогамме отмечается умеренная эозинофилия. В секрете также преобладают эозинофилы. Уровень общего IgE в сыворотке нормальный или умеренно повышен, аллерген-специфические IgE на эпидермальные, пищевые, пылевые, грибковые аллергены чаще всего не выявляются, однако в отдельных случаях может быть смешанная этиология аллергии. В этих случаях важны положительные результаты проб с подозреваемым профессиональным аллергеном и провокационных назальных тестов. Определяются также аллерген-специфические IgE на профессиональные (лекарственные) аллергены *in vitro*. При смешанной форме АР (например, пылевая и профессиональная сенсibilизация) выставляется диагноз профессионального заболевания с указанием участия в генезе заболевания непрофессиональных факторов.

Можно выделить следующие принципы лечения ПАР:

1. Устранение контакта с аллергеном — трудоустройство вне контакта с промышленными аэрозолями, токсическими, раздражающими веществами, лекарственными средствами).
2. Обучение пациентов в рамках школ для больных аллергией и индивидуальной работы с пациентом.
3. Проведение фармакотерапии (пероральные и интраназальные H₁-блокаторы, интраназальные и системные глюкокортикостероиды, препараты кромоглициевой кислоты, антихолинергические средства, антагонисты лейкотри-

енов, сосудосуживающие средства — их применяют короткими курсами не более 5–7 дней, комбинированные препараты).

4. Специфическая иммунотерапия (ее эффективность при использовании профессиональных аллергенов изучается), при поливалентной сенсibilизации эффективность невысокая.

5. Хирургическое лечение (щадящие методики функциональной лазерной хирургии) в сочетании с рациональной фармакотерапией.

Лечение ПАР должно быть эффективным, адекватным, безопасным и хорошо переносимым пациентом, не влияющим на качество жизни. Каждая из стадий аллергического ответа может являться объектом действия фармакологических препаратов. В настоящее время выделяют 5 видов противоаллергических фармакологических препаратов. Это — модуляторы аллерген-индуцированных IgE и IgG-ответов; стабилизаторы эффекторных клеток аллергии — тучных клеток и базофилов; антагонисты медиаторов аллергии; корректоры неспецифической тканевой гиперреактивности и полифункциональные соединения. Конечное воздействие медиаторов аллергии на периферические органы и ткани предотвращается использованием антагонистов соответствующих рецепторов.

Большими преимуществами обладают антигистаминные препараты 2-го (акривастин, ацеластин, лоратадин, цетиризин, эбастин) и 3-го поколения (дезоратадин, левоцетиризин, фексофенадин). Они не проникают через гематоэнцефалический барьер, не обладают седативным эффектом. Их действие наступает быстро (в течение 1–2 часов) и продолжается до 24 часов. Назначаются внутрь — в разовой дозе 1 раз в день. Их регулярный прием не является обременительным для больного, возможно сочетанное применение с топическими (местного действия) глюкокортикостероидами. Препараты 3-го поколения обладают кроме антигистаминного действия противовоспалительными и антиаллергическими эффектами.

Для местного применения используются топические антигистаминные препараты, выпускаемые в виде назальных спреев — ацеластин и левокабастин. Наиболее мощным противовоспалительным действием обладают глюкокортикостероидные средства (мометазона фураат, флутиказона пропионат), которые хорошо купируют заложенность носа и влияют на все фазы аллергического воспаления. Частота наблюдений пациентов при ПАР — 1–2 раза в год по показаниям (оториноларинголог, терапевт, невропатолог, офтальмолог, аллерголог-иммунолог). Рекомендуются клинические исследования: анализ крови с лейкоцитограммой, аллергологическое обследование (кожное тестирование, диагностика *in vitro*), определение показателей пневмотахограммы; флюорография и биохимические исследования крови — по показаниям. Больным ПАР показано санаторно-курортное лечение, прохождение экспертизы в БМСЭ 1 раз в год.

Критериями эффективности проводимых мероприятий являются уменьшение процента утраты трудоспособности в результате проводимого лечения, уменьшение частоты и длительности обострений, снижение временной нетрудоспособности. При подозрении на профессиональную этиологию аллергического ринита, а также для определения возможности работы пациентов (медиков, фармацевтов, лиц других профессий) в условиях воздействия на респираторный тракт аллергенов и веществ с раздражающим действием необходимо направление больного в профпатологический центр.

ЛИТЕРАТУРА

1. Измеров Н. Ф. Труд и здоровье медиков. Актовая лекция. // Материалы 1-го Всероссийского конгресса «Профессия и здоровье медиков». — Москва, 2002. — с. 2–32.
2. Косарев В. В., Жестков А. В., Зайцева С. А., Еремина Н. В. Эпидемиология, клиничко-иммунологические аспекты аллергических заболеваний респираторного тракта. Монография. — Самара, 2002. — 144 с.
3. ENDA. // Allergy. — 2002. — Vol. 57, suppl. 72. — p. 37–40.
4. D'Amato G., Liccardi G., D'Amato M. Environmental risk factors and increased trend of respiratory allergy. // J. Invest. Allergol. Clin. Immunol. — 2000. — Vol. 3. — p. 206–213.