

УДК 616-056.3.211-02:616.248-085

**В.И. Игнатъева, Г.Л. Гуменюк, Н.И. Юхно, А.В. Поточняк, Л.А. Савельева**

ГУ «Национальный институт фтизиатрии и пульмонологии имени Ф.Г. Яновского АМН Украины», г. Киев

# Влияние фармакотерапии аллергического ринита на контроль бронхиальной астмы

**Ключевые слова:** аллергический ринит, фармакотерапия, контроль бронхиальной астмы.

Несмотря на достигнутые успехи в диагностике и лечении больных бронхиальной астмой (БА), постоянно совершенствующиеся методы доставки лекарственных препаратов в дыхательные пути, появление новых эффективных ингаляционных кортикостероидов на современном фармацевтическом рынке, актуальной, социально и экономически значимой проблемой остается неконтролируемая БА.

Часто причиной неконтролируемого течения БА является нелеченный аллергический ринит (АР). Раздражение слизистой оболочки полости носа аллергическим воспалением приводит к возникновению стойкого патологического нособронхиального рефлекса, который сохраняется, несмотря на адекватно проводимую терапию БА. Установлено, что лица с заложенностью носа, возникшей в результате аллергии, в 1,8 раза чаще страдают от бессонницы, чаще храпят, что является фактором риска развития синдрома обструктивного апноэ-гипопноэ сна. Также известно, что нелеченный АР является причиной неконтролируемого течения БА, а его профилактика и лечение на ранних стадиях может предотвратить возникновение астмы и синдрома обструктивного апноэ-гипопноэ сна.

Приводим наблюдение случая неконтролируемого течения БА, причиной которой стал нелеченный АР.

Больной С., 1970 года рождения, поступил в клинику диагностики, терапии и клинической фармакологии заболеваний легких ГУ «Национальный институт фтизиатрии и пульмонологии имени Ф.Г. Яновского АМН Украины» 10.12.2009 г. с жалобами на приступы удушья преимущественно в ночное время, приступообразный кашель с выделением скудной слизистой мокроты, резко выраженное затруднение носового дыхания, ринорею, потерю обоняния, головную боль.

Считает себя больным с 1987 года, когда впервые после перенесенной острой респираторной вирусной инфекции появились приступы удушья. В 1989 году установлен диагноз: бронхиальная астма. С 1993 года пациент ежегодно находился на стационарном лечении по поводу тяжелого течения БА. С ноября 1999 года после проведенного стационарного лечения планово получал серевент — по 50 мг 2 раза в день, беклометазон — по 200 мкг 2 раза. С 2003 года назначен серетид дискус (250 мкг флутиказона пропионата и 50 мкг салметерола) — по 1 ингаляции 2 раза в день. Однако проводимая терапия была малоэффективной. Несмотря на последующее увеличение дозы серетид в 2 раза, контроля над симптомами БА достигнуть не удалось. Дневные симптомы продолжали беспокоить больного

более 3 раз в неделю, пациент отмечал ночные пробуждения, обусловленные симптомами БА, использовал бронхолитики по потребности более 3 дней в неделю.

Затруднение носового дыхания беспокоит пациента с детства, когда появились первые симптомы АР: чиханье, заложенность носа, зуд в носу, ринорея, позже — головная боль, раздражение задней стенки глотки, потеря обоняния. В 1983 году проведены кожные аллергопробы, установлен диагноз: круглогодичный аллергический ринит. На протяжении последних нескольких лет пациент отмечает снижение качества жизни, что проявляется в постоянном затруднении носового дыхания, нарушении сна, головной боли, эмоциональной неустойчивости, снижении трудоспособности. Периодически принимал деконгестанты. Лечение по поводу АР не проводилось.

Родственники пациента указывают на то, что он громко храпит на протяжении более 10 лет. Храп возникает при любом положении тела во время сна.

Пациенту проведены: общеклинические методы исследований, исследование показателей функции внешнего дыхания (ФВД) — бодиплетизмография на аппарате «MasterLab» фирмы «Erich Jaeger» (Германия). Проведены осмотр отоларингологом в динамике, иммунологическое исследование назального смыва (определение количества и функциональной активности эозинофилов и нейтрофилов) до и после лечения, исследование показателей риноманометрии на аппарате «Rinoscreen» фирмы «Erich Jaeger» (Германия).

До начала лечения при аускультации легких у пациента определялись везикулярное дыхание с жестким оттенком, сухие свистящие хрипы билатерально. При исследовании функции внешнего дыхания FEV<sub>1</sub> составлял 52,0% от должного, проба с бронхолитиком была слабopоложительной (прирост FEV<sub>1</sub> — 5,3%). Отмечено повышенное значение общего бронхиального сопротивления (R<sub>tot</sub>) — 264,3% от должного (табл. 1).

При осмотре отоларингологом выявлено: выраженный отек слизистой оболочки полости носа с обильным слизистым отделяемым. При проведении риноманометрии общий носовой поток (Flow Sum) находился на низком уровне и составлял 267 мл/с.

При иммунологическом исследовании назального смыва отмечалось резко повышенное содержание эозинофилов (Э) — 18,0% (норма 1,06±0,13%), которое сопровождалось повышением их функциональной активности — увеличением поглотительных свойств Э (процент фагоцитоза (ПФ) — 58,0% норма 49,0±2,5%), активацией кислородозависимого метаболизма клетки (НСТ-тест) — 64,0% (норма 45,5±2,5%) (табл. 2, 3).

Показатель, % от должного	До лечения	После лечения
R <sub>tot</sub>	264,3	171,8
VC <sub>max</sub>	66,9	75,1
ERV	56,4	56,5
RV	95,8	99,9
ITGV	85,5	88,6
TLC	75,4	81,6
RV/TLC	122,4	117,9
ITGV/TLC	109,8	105,1
FVC	57,5	68,6
FEV <sub>1</sub>	52,0	67,8
FEV <sub>1</sub> /FVC	76,05	82,93
FEV <sub>1</sub> /VC <sub>max</sub>	81,6	94,7
MEF <sub>75</sub>	24,2	39,6
MEF <sub>50</sub>	17,6	33,5
MEF <sub>25</sub>	25,3	37,6
PEF	39,4	58,0

Пациенту установлен клинический диагноз: бронхиальная астма, неконтролируемая, персистирующая, тяжелое течение, дыхательная недостаточность II ст.; круглогодичный аллергический ринит, персистирующий, средней тяжести.

Назначено лечение: серетид дискус в прежних дозах — порошок для ингаляций (салметерол — 50 мкг/доза, флутиказона пропионат 500 мкг/доза) 2 раза в день. В качестве скоромощной терапии назначен

Срок исследования	Риноцитогрaмма, %			
	Эпителиальные клетки	Нейтрофильные гранулоциты	Лейкоциты	Эозинофильные гранулоциты
До лечения	22,0	46,0	8,0	18,0
После лечения	23,0	44,0	19,0	9,0

Объект исследования	Эозинофильные гранулоциты			Нейтрофильные гранулоциты		
	ПФ, %	ФЧ, у.е.	НСТ, %	ПФ, %	ФЧ, у.е.	НСТ, %
Здоровые лица (n=15)	49,0±2,50	13,9±0,42	45,5±2,50	52,1±1,90	11,0±0,20	56,1±1,70
Пациент С. до лечения	58,0	16,0	64,0	45,0	16,0	62,0
Пациент С. после лечения	49,7	14,0	53,4	52,0	15,0	59,0

Примечание: ПФ — процент фагоцитоза, ФЧ — фагоцитарное число, НСТ — нитросиний тетразолий

β<sub>2</sub>-агонист короткого действия — салбутамол, дозированный аэрозоль для ингаляций. Для устранения симптомов АР назначен назальный спрей — флутиказона пропионат по 50 мг в каждую половину носа 1 раз в день, санация носоглотки раствором морской соли.

После 4-недельного курса лечения отмечена положительная динамика течения БА и АР. Дневные симптомы БА возникали у больного реже 2 раз в неделю, исчезли ночные пробуждения. Пациент перестал использовать салбутамол. Отмечено улучшение показателей ФВД (табл. 1). Показатель FEV<sub>1</sub> увеличился с 52,0 до 67,8%, R<sub>tot</sub> снизился с 264,3 до 171,8%.

В результате проведенной местной противоаллергической терапии назальным спреем флутиказона пропионатом у пациента значительно уменьшилось аллергическое воспаление в полости носа, о чем свидетельствовали данные передней риноскопии, результаты иммунологического исследования назального смыва, а также данные риноманометрии. Родственники пациента отмечали значительное уменьшение его храпа во время сна.

При исследовании назального секрета отмечено значительное уменьшение числа Э — с 18,0 до 9,0%. При этом их функциональная активность полностью нормализовалась и в этот период обследования значительно не отличалась от их уровня у здоровых лиц (табл. 2, 3).

При передней риноскопии выявлено уменьшение выделения слизистого секрета и отечности слизистой оболочки полости носа. При проведении риноманометрии общий носовой поток увеличился с 267,0 до 573,0 мл/с (табл. 4).

Больной отмечал нормализацию носового дыхания, улучшение сна, его перестала беспокоить головная боль, улучшилось эмоциональное состояние, повысилась трудоспособность.

Таким образом, из приведенного клинического наблюдения видно, что неконтролируемое течение БА в данном случае было обусловлено сопутствующей патологией — длительно протекающим и нелеченным АР.

Показатель	До лечения	После лечения
Resist.R, кПахс/л	2,7	1,23
Resist.L, кПахс/л	2,5	0,9
Flow Sum, мл/с	267,0	573,0

И только местная адекватная противовоспалительная терапия АР позволила добиться коррекции носового дыхания и достигнуть контроля симптомов БА у данного больного.

## ВПЛИВ ФАРМАКОТЕРАПІЇ АЛЕРГІЧНОГО РИНИТУ НА КОНТРОЛЬ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ

В.І. Ігнат'єва, Г.Л. Гуменюк, Н.І. Юхно,  
А.В. Поточняк, Л.А. Савельєва

**Резюме.** Наведено клінічне спостереження неконтрольованого перебігу бронхіальної астми (БА), який був зумовлений супутньою патологією — довготривалим і нелікованим алергічним ринітом (АР). Призначення місцевої адекватної протизапальної терапії АР дозволило досягти корекції носового дихання й контролю симптомів БА.

**Ключові слова:** алергічний риніт, фармакотерапія, контроль бронхіальної астми.

## INFLUENCE OF PHARMOTHERAPY OF ALLERGIC RHINITIS ON ASTHMA CONTROL

V.I. Ignatieva, G.L. Gumenuk, N.I. Yuhno,  
A.V. Potochniak, L.A. Savelieva

**Summary.** Clinical review of a non-controlled asthma, caused by concomitant disease — longlasting and untreated allergic rhinitis (AR). Local adequate antiinflammatory therapy of AR helped correct nasal breathing and reach control over asthma symptoms.

**Key words:** allergic rhinitis, pharmtherapy, asthma control.