

УДК 616.248-002.1-08

А. А. Романова, Л. В. Олейник, В. Е. Макаренко

Городской аллергологический центр (городская клиническая больница № 7), г. Днепропетровск

Современные подходы к лечению обострения сезонной бронхиальной астмы

Ключевые слова: бронхиальная астма, астма-контроль, ОФВ₁, ПОШ, монтелукаст натрия.

Поллиноз – аллергическое заболевание, в основе которого лежит IgE-зависимая гиперчувствительность (1-й тип аллергических реакций согласно классификации Gell и Coombs, 1975).

Развитию клинических проявлений поллиноза предшествует период сенсибилизации, в результате которого происходит повышение уровня специфических IgE-антител к пыльце. При повторном воздействии аллерген распознается фиксированными на тучной клетке антителами и соединяется с ними. В результате этот процесс заканчивается дегрануляцией тучной клетки. Тучная клетка продуцирует медиаторы аллергии (предшествующие и вновь синтезированные). В результате возникают симптомы аллергии: зуд век, слезотечение, зуд носа, чихание, ринорея, кашель, бронхоспазм – ранняя фаза. В поздней фазе участвуют эозинофилы, базофилы лимфоциты, нейтрофилы. Это влечет за собой развитие аллергического воспаления, гиперреактивности дыхательных путей и конъюнктивы к различным триггерам. В поздней фазе в тканях под воздействием лейкотриенов (LTC₄, LTD₄) повышается проницаемость сосудистой стенки. Происходит миграция клеток воспаления на поверхность эндотелия сосудов, их проникновение в ткани слизистой оболочки [2, 3].

В нашем регионе распространенность поллиноза с каждым годом увеличивается, усиливается тяжесть его проявлений, то есть у большинства пациентов развивается на его почве бронхиальная астма (БА). Причем риск ее возникновения возрастает вследствие высокой концентрации пыльцы (аллергенов), к тому же для Днепропетровской области характерной является третья пыльцевая волна. Развитию БА пыльцевой этиологии также способствуют индустриализация и проблемы загрязнения окружающей среды. В свою очередь, отсутствие адекватной терапии приводит к утяжелению течения БА.

Как известно, при БА основными являются два механизма: стероидзависимый и лейкотриензависимый.

Ингаляционные кортикостероиды (ИГКС) при всех своих многочисленных эффектах (угнетение синтеза интерлейкинов IL-1, IL-3, IL-4, IL-5, IL-6, IL-8; фактора некроза опухоли; колониестимулирующего фактора; снижение активности фосфолипазы A2 и циклооксигеназы; повышение чувствительности к β-антагонистам короткого действия (short-acting beta agonist – SABA) и эндогенным катехоламинам и т. д.) не оказывают влияния на лейкотриеновый механизм воспаления, который играет не менее важную роль в развитии БА. Цистеиниловые лейкотриены (LT) – продукты распада арахидоновой кислоты под воздействием липооксигеназы, так называемая медленно реагирующая субстанция анафилаксии – LTC₄, LTD₄, LTE₄, которые вызывают бронхоконстрикцию, в 100 раз превышающую эффект простагландинов и в 1000 раз превышающую эффект гистамина; вазодилатацию, повышение проницаемости сосудов, отек слизистой оболочки дыхательных путей; гиперсекрецию слизи; стимулируют хемотаксис и адгезию нейтрофилов и эозинофилов, пролиферацию эпителиальных и гладкомышечных клеток, что в итоге приводит к ремодуляции бронхов [1].

Целью данного исследования являлось достижение лучшего контроля течения заболевания у пациентов с БА на почве пыльцевой аллергии в период поллиноза, посредством комбинации монтелукаста натрия и ИГКС/β-антагонистов длительного действия (long-acting beta agonist – LABA).

Материалы и методы исследования

Под наблюдением находилось 38 пациентов с БА, жителей г. Днепропетровска, в возрасте от 18 до 65 лет, стаж болезни – 3–12 лет, у всех выявлена гиперчувствительность к пыльцевым аллергенам.

Перед назначением терапии проводился мониторинг функции внешнего дыхания (ФВД) и интенсивности удушья. Для оценки выраженности симптомов применялась

3-балльная система: 0 – отсутствие удушья и ночных пробуждений, 1 – легко выраженные симптомы, 2 – умеренно выраженные, 3 – сильно выраженные. В динамике регистрировались объем форсированного выдоха за первую секунду (ОФВ₁) и пиковая скорость выдоха (ПСВ). Для определения ФВД применялся спирометр Viasis Mikrolab. Пациенты были разделены на 2 группы: 1-я (основная) группа – 22 пациента. Им была назначена терапия: будесонид 160 мкг/формотерол 4,5 мкг по 1 ингаляции 2 раза в день и монтелукаст натрия 10 мг (1 таблетка) в сутки вечером; 2-я (контрольная) группа – 16 пациентов, которые получали только будесонид 160 мкг/формотерол 4,5 мкг по 1 ингаляции в день.

Результаты и их обсуждение

Результаты исследования показали (табл. 1, 2), что более интенсивное снижение выраженности симптомов наблюдалось у пациентов 1-й группы.

Показатель	До лечения	В конце лечения
Интенсивность удушья	2,52 ± 0,14	0,08 ± 0,06 p < 0,001
Ночные пробуждения	2,28 ± 0,07	0,09 ± 0,007 p < 0,001

Показатель	До лечения	В конце лечения
Интенсивность удушья	2,87 ± 0,05	0,19 ± 0,05 p < 0,001
Ночные пробуждения	2,16 ± 0,07	0,11 ± 0,007 p < 0,001

Показатели функции внешнего дыхания также значительно улучшились у пациентов, получавших монтелукаст натрия и будесонид/формотерол. Положительная динамика изучаемых показателей отмечалась в обеих группах, однако более стабильный эффект был в 1-й группе (табл. 3, 4).

Выводы

1. Функции внешнего дыхания (ОФВ₁ и ПОС) у пациентов с БА на почве пыльцевой аллергии под влиянием комбинации монтелукаста натрия и будесонида/формотерола имели стабильный эффект улучшения в период поллиниции.

2. Комбинация ИГКС/LABA в сочетании с монтелукастом натрия у пациентов с БА на фоне поллиноза, воздействующая на оба звена аллергического воспаления дыхательных путей (стероидный и лейкотриеновый),

Показатель	До лечения	В конце лечения
ПОС*, л/мин	409 ± 4,9	533 ± 3,5 p < 0,2
ОФВ ₁ , %	66,6 ± 0,68	78,5 ± 0,3 p < 0,2

Примечание: * – пиковая объемная скорость.

Показатель	До лечения	В конце лечения
ПОС*, л/мин	409 ± 4,9	516 ± 5,5 p < 0,2
ОФВ ₁ , %	66,5 ± 0,77	77,6 ± 0,53 p < 0,2

Примечание: * – пиковая объемная скорость.

позволяет достичь лучшего контроля течения сезонного заболевания.

Литература

1. Дранник, Г. Н. Клиническая иммунология и аллергология [Текст] / Г. Н. Дранник. – К. : Полиграфия Плюс, 2006. – 482 с.
2. Астафьева, Н. Г. Поллиноз-пыльцевая аллергия [Текст] / Н. Г. Астафьева, Л. А. Горячкина // Аллергология. – 1998. – № 2. – С. 34–40.
3. Клиническая аллергология и иммунология: руководство для практикующих врачей [Текст] / Под ред. Л. А. Горячкиной, К. П. Кашкина. – М. : Миклош, 2009. – 432 с.

СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО ЛІКУВАННЯ ЗАГОСТРЕННЯ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ

А. А. Романова, Л. В. Олійник, В. Є. Макаренко

Резюме. У статті відображено результати дослідження впливу комбінації монтелукасту натрію та ІГКС/LABA на динаміку симптомів у 22 хворих на бронхіальну астму з пилковою алергією віком від 18 до 65 років порівняно з групою пацієнтів, які отримували тільки ІГКС/LABA. Виявлено стійке зниження прояву клінічних симптомів у хворих, що отримували монтелукаст натрію та ІГКС/LABA.

Ключові слова: бронхіальна астма, астма-контроль, ОФВ₁, ПОС, монтелукаст натрію.

MODERN GOING NEAR TREATMENT OF EXACERBATION OF BRONCHIAL ASTHMA

A. Romanova, L. Olejnik, V. Makarenko

Summary. In the article the results of studying of combination of montelukast sodium and IHCS/LABA impact on the dynamics symptoms at 22 patients suffering from pollen bronchial asthma at age from 18 to 65 years, compared with a group of patients, which received only IHCS/LABA. There was revealed stable reduction of clinical manifestations in patients who had received montelukast sodium and IHCS/LABA.

Key words: bronchial asthma, asthma-control, FEV₁, PEF, montelukast sodium.
