

# Оптимізація лікування алергійного риніту у хворих на інтермітивну бронхіальну астму в амбулаторно-поліклінічних умовах

**М.М. Потяженко, К.Є. Щейкін, Т.В. Настрога, Н.Л. Соколюк, Є.О. Величко**  
ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава

У статті наведено досвід терапії хворих на алергійний риніт та інтермітивну бронхіальну астму з використанням у комплексному лікуванні додатково курсу галотерапії. Це сприяє скороченню термінів лікування, підвищує якість життя пацієнтів.

**Ключові слова:** алергійний риніт, інтермітивна бронхіальна астма, галотерапія.

Нині фахівці в усьому світі констатують факт динамічної прогресії питомої ваги коморбідних патологічних станів [7]. Поліморбідність патологій, як правило, зумовлює значні зміни класичної клінічної симптоматики перебігу захворювання. Коморбідні стани посідають значне місце у практиці сімейного лікаря.

Привертає увагу фахівців в усьому світі висока поширеність алергійних захворювань (АЗ), що продовжує неухильно зростати з року в рік, є однією з основних причин занепокоєння [1, 2, 8]. Алергійний риніт (АР) часто є супутнім захворюванням у пацієнтів з бронхіальною астмою (БА) [3, 6]. На даний момент АЗ посідають третє місце за показниками зростання і захворюваності після серцево-судинних і онкологічних захворювань. Відзначено також, що за останні 30 років протягом кожного десятиліття показники захворюваності на алергію в усьому світі подвоюються. В Україні частота АЗ зростає на 0,3% на рік. За даними ВООЗ, поширеність сезонного АР (або полінозу) у різних країнах світу коливається від 1% до 40%, цілорічного АР – від 5% до 18% [1, 5].

АР дуже часто є початковим проявом системної алергії дихальних шляхів, потім із часом запускається повний алергійний каскад і в нижніх дихальних шляхах [8]. Відомо, що у половині випадків АР починається перед захворюванням на астму, а у 30% – одночасно з астмою. За наявності АР БА контролюється у 2 рази гірше [6]. Є декілька механізмів, якими алергійне запалення поширюється в нижні дихальні шляхи: алергійні медіатори з носа проникають в нижні дихальні шляхи через кров або шляхом прямого стікання, що призводить до запалення та гіперреактивності бронхів; нососинусо-бронхіальні рефлекс – стимуляція рецепторів носа принососивих пазух призводить до рефлекторного бронхоспазму; знижується β-адренергічна реактивність у верхніх і нижніх дихальних шляхах; дихання ротом призводить до посиленого притоку алергенів у нижні дихальні шляхи; крім того, оскільки при АР також виключена зігрівальна та зволожувальна функції носа, то в нижні дихальні шляхи повітря попадає холодне та сухе, що також зумовлює бронхоспазм [4].

Незважаючи на значні досягнення у вивченні етіопатогенетичних механізмів даних захворювань і появу нових фармакологічних засобів проблеми в лікуванні останніх залишаються. Так, відомо, що антагоністи лейкотрієнових рецепторів ефективні при лікуванні симптомів АР. Також ці препарати широко застосовують для лікування нетяжких форм БА у поєднанні з АР [3]. Так, наприклад, препарат монтелукаст

має невеликий та варіабельний бронходилататорний ефект, зменшує запалення в дихальних шляхах та ймовірність загострення астми. Для місцевого застосування ефективні Н<sub>1</sub>-гістаміноблокатори. Заслугує уваги назальний спрей азеластину – препарат є селективним Н<sub>1</sub>-гістаміноблокатором, володіє антигістамінною, мембраностабілізуючою дією, знижує проникність капілярів і ексудацію, виявляє пролонговану антиалергійну дію. Відомо також, що застосування у клінічній практиці поряд із загальновизнаними методами лікування немедикаментозних засобів, що сприяє зниженню медикаментозного навантаження і відновленню власних захисних сил організму, є простими і безпечними. Цим вимогам відповідає метод галотерапії. Основним діючим лікувальним фактором галотерапії є негативні аероіони хлориду натрію, що імітує мікроклімат сольових шахт. Сухий високодисперсний аерозоль хлориду натрію має муколітичну, протинабрякову, протизапальну дію, стимулює захисні властивості верхніх дихальних шляхів [4].

У разі потрапляння респірабельної фракції аерозолю у термінальні відділи бронхіального дерева за рахунок осмотичного ефекту відбувається активація дренажної функції бронхів, збільшується кількість відокремлюваної мокроти. З одного боку, це сприяє усуненню одного з компонентів бронхообструкції, а з іншого – істотно підвищується ефективність базисної медикаментозної терапії. Виявлено також протизапальний і імуномодулювальний ефекти аероіонів хлориду натрію. Усе це сприяє позитивній динаміці клінічних показників у хворих на ХОЗЛ і консолідації досягнутої ремісії [4].

**Мета дослідження:** підвищення ефективності лікування в амбулаторно-поліклінічних умовах хворих на коморбідну патологію: АР у поєднанні з інтермітивною БА з використанням у комплексній терапії хворих додатково курсу галотерапії.

## МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Під спостереженням перебували 50 хворих на АР у поєднанні з інтермітивною БА. Середній вік пацієнтів становив 38,2±2,46 року, середня тривалість захворювання – 1,8±0,3 року. Діагноз був верифікований на основі скарг, даних анамнезу, об'єктивного обстеження, загальноклінічного, лабораторного дослідження (загальні аналізи крові та сечі, реакція Вассермана (RW), дослідження на ВІЛ-інфекцію, біохімічного, імунологічного, електрокардіографії (ЕКГ); цитологічного дослідження мазків-відбитків з порожнини носа для виявлення гіперезинофілії), проведення додаткових спеціальних досліджень (посівів виділень з носа на інфекційну флору) та обов'язкового інструментального обстеження (рентгенографія придаткових пазух носа) з подальшою консультацією оториноларинголога та алерголога.

Діагноз БА встановлювали згідно з Наказом МОЗ України № 868 від 2013 р. на підставі даних анамнезу, рентгено-

графії органів грудної клітки, визначення функції зовнішнього дихання (ФЗД), проведення проби з бронхолітиком [3].

Ефективність лікування оцінювали за динамікою та вираженістю клінічних симптомів БА і АР, змінами показників лабораторних, інструментальних і функціональних методів дослідження. Аналізували показники життєвої ємкості легень (ЖЕЛ), об'єм форсованого видиху за першу секунду (ОФВ<sub>1</sub>), прохідність бронхів великого, середнього та малого калібрів (МШВ25, МШВ50, МШВ75 відповідно), індексу Тіффно (ОФВ<sub>1</sub>/ЖЕЛ). Оцінювання ступеня задишки проводились за показниками ММРС. Зміни у гуморальній ланці імунітету оцінювали за рівнем відповідних змін в імунограмі (Ig G, IgA, IgM, IgE) до початку лікування і через 2 тиж терапії.

Для оцінювання ефективності лікування використовували бланк самоконтролю пацієнтів за основними клінічними симптомами АР (закладеність носа, чхання, свербіж, виділення слизу з носа, наявність кон'юнктивіту, погіршення вночі, порушення сну, порушення денної активності, головний біль, загальна слабкість) [2]. Оцінювання симптомів проводили за бальною шкалою (кожний симптом – 0–3 бали, максимальна сума балів – 33).

Вірогідність отриманих результатів визначали за допомогою t-критерію надійності Стьюдента. Відмінності вважали вірогідними при загальноприйнятій у медико-біологічних дослідженнях імовірності помилки  $p < 0,05$ . Для напівкількісних та якісних показників будували частотні таблиці та розраховували непараметричний критерій U Манна–Уїтні як непараметричний аналог t-критерію Стьюдента.

### РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

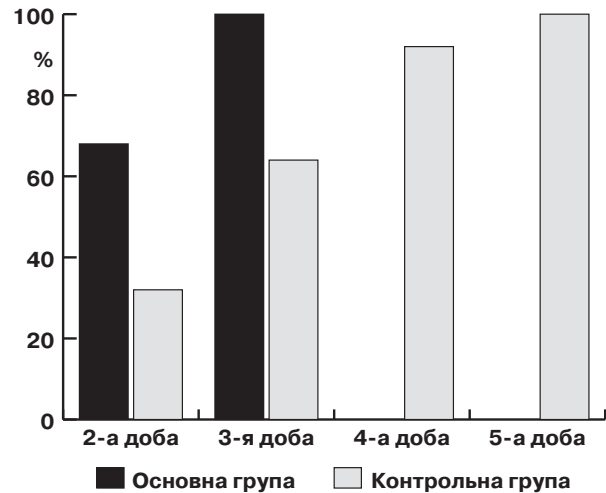
Пацієнти були розподілені на дві групи, які були співставні за віком та статтю, а також ступенем дихальної недостатності: першій групі (контрольній,  $n=25$ ) призначали базисну терапію (бронхолітичну інгаляційну терапію, монтелукаст 10 мг 1 раз на добу, інтраназально азеластин 2 рази на добу, при алергійному кон'юнктивіті – 0,05% азеластин по 1–2 краплі у кон'юнктивальний мішок 2 рази на добу). У другій групі (основній,  $n=25$ ) до базисної терапії хворі отримували додатково галотерапію 1 раз на добу з використанням галогенератора «IONNA» в режимі (іонізатор 50–80% потужності, об'єм потоку повітря  $30 \pm 40$  м<sup>3</sup>/год, температура в камері –  $60 \pm 70^\circ\text{C}$ , тривалість –  $40 \pm 60$  хв) 1 раз на добу № 10.

Період спостереження склав 2 тиж. При оцінюванні ефективності терапії урахували динаміку регресу основних клінічних проявів захворювання. Оцінювали також строки зникнення проявів основних клінічних симптомів БА – задишки і кашлю, зникнення назальних симптомів: свербіжу, ринореї, нападів чхання, закладеності носа та ін.

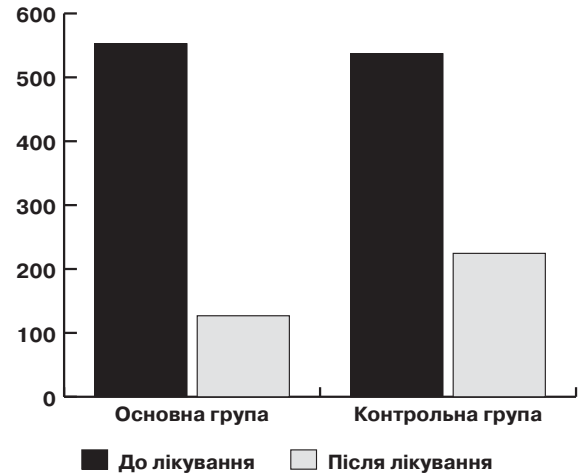
Порівняльний аналіз засвідчив, що у хворих основної групи, які отримували окрім базисної терапії сеанси галотерапії, порівняно з контрольною групою спостерігались достовірні розбіжності в термінах зникнення задишки, кашлю ( $p < 0,05$ ), суттєве зростання ОФВ<sub>1</sub> та вірогідне зниження рівня IgE в крові ( $p < 0,05$ ). Отримані результати наведені на мал. 1, 2.

Так, у хворих основної групи, що отримували комплексну терапію, зникнення задишки на другу добу відзначено у 68% хворих, на третю добу – у 100% хворих, тоді як у хворих контрольної групи зникнення задишки на другу добу відзначено у 32% хворих, на третю добу – у 64,5%, на четверту добу – у 92%, на п'яту добу – у 100% хворих ( $p < 0,05$ ).

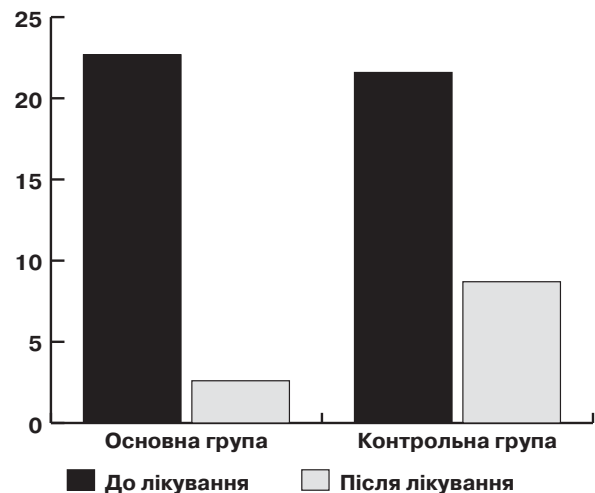
Середні строки зникнення кашлю у хворих основної групи становили  $3,6 \pm 0,62$  доби, тоді як у хворих контрольної групи відповідні показники становили  $5,4 \pm 0,71$  доби ( $p < 0,05$ ).



Мал. 1. Терміни зникнення задишки у хворих основної і контрольної груп



Мал. 2. Показники IgE у хворих основної і контрольної груп



Мал. 3. Оцінка динаміки симптомів АР після курсу лікування, бали

У процесі лікування у хворих основної групи спостерігалось вірогідне зростання  $ОФВ_1$  на 9,8% – з  $80,52 \pm 2,12\%$  до  $89,04 \pm 1,85\%$  ( $p < 0,05$ ), індексу Тіффно – з  $71,41 \pm 2,40\%$  до  $79,65 \pm 2,03\%$  ( $p < 0,05$ ), тоді як у пацієнтів контрольної групи відзначено зростання  $ОФВ_1$  з  $80,92 \pm 1,63\%$  до  $85,67 \pm 2,11\%$  ( $p > 0,05$ ), індексу Тіффно – з  $72,2 \pm 2,06\%$  до  $76,45 \pm 2,11\%$  ( $p > 0,05$ ), тобто ці показники мали лише тенденцію до покращання.

При вивченні показників імунограми виявлено позитивну динаміку в процесі лікування в обох групах хворих, але рівень загального IgE у хворих, що отримували комплексну терапію, знизився майже у 4 рази і становив до лікування  $552,6 \pm 16,2$  ОД/мл, після терапії –  $126,8 \pm 12,5$  ОД/мл ( $p < 0,05$ ), тоді як у хворих контрольної групи знизився у 2,3 рази і становив до лікування  $537,7 \pm 14,53$  ОД/мл, після лікування –  $224,5 \pm 17,5$  ОД/мл ( $p < 0,05$ ). (див. мал. 2.).

Після проведеного курсу лікування регрес симптомів АР спостерігали в обох групах пацієнтів, але при цьому середній бал симптомів у хворих основної групи був значно нижчий –

$2,6 \pm 0,72$ , ніж в контрольній –  $8,7 \pm 1,42$  ( $p < 0,05$ ). Отримані результати наведено на мал. 3.

Аналіз цитологічного дослідження мазків-відбитків зі слизової оболонки носа засвідчив, що еозинофільних гранулоцитів у хворих основної групи після лікування не спостерігалось, тоді як у 3 (12%) хворих контрольної групи відповідні показники залишалися підвищеними.

## ВИСНОВКИ

Таким чином, запропонована комплексна терапія хворих з поєднаною патологією – АР та інтерміттивна БА – з включенням сеансів галотерапії сприяє більш швидкому усуненню клінічних проявів при цій констеляції захворювань, знижує необхідність призначення додаткових медикаментозних засобів, сприяє відновленню захисних механізмів верхніх дихальних шляхів, що приводить до покращання якості життя пацієнтів.

**Перспективи подальших досліджень:** вивчення впливу специфічної імунотерапії на перебіг поєднаної патології – АР і інтерміттивної БА.

**Оптимизация терапии аллергического ринита у больных с интермиттирующей бронхиальной астмой в амбулаторно-поликлинических условиях**  
**М.М. Потяженко, К.Е. Ищейкин, Т.В. Настрога, Н.Л. Соколюк, Е.А. Величко**

В статье приведен опыт терапии больных с аллергическим ринитом и интермиттирующей бронхиальной астмой с использованием в комплексной терапии дополнительно курса галотерапии. Это способствует сокращению сроков лечения, повышает качество жизни пациентов.

**Ключевые слова:** аллергический ринит, интермиттирующая бронхиальная астма, галотерапия.

**Optimization of treatment of allergic rhinitis for patients with bronchial asthma in the outpatient setting**  
**M. Potyazhenko, K. Ischeykin, T. Nastroga, N. Sokolyuk, E. Velichko**

The paper presents the experience of treatment of allergic rhinitis and intermittent asthma, using a complex treatment on the background of broncholytic inhalation therapy, leukotriene modifier – montelukast, intranasally – azelastine (alergodila) and halotherapy course in addition. This helps to reduce the duration of treatment, improves the life quality of patients.

**Key words:** allergic rhinitis, intermittent asthma, halotherapy.

## Сведения об авторах

**Потяженко Максим Макарович** – ВГУЗ Украины «Украинская медицинская стоматологическая академия», 36011, г. Полтава, ул. Шевченко, 23

**Ищейкин Константин Евгеньевич** – ВГУЗ Украины «Украинская медицинская стоматологическая академия», 36011, г. Полтава, ул. Шевченко, 23

**Настрога Татьяна Викторовна** – ВГУЗ Украины «Украинская медицинская стоматологическая академия», 36011, г. Полтава, ул. Шевченко, 23

**Соколюк Нина Львовна** – ВГУЗ Украины «Украинская медицинская стоматологическая академия», 36011, г. Полтава, ул. Шевченко, 23

**Величко Евгений Александрович** – ВГУЗ Украины «Украинская медицинская стоматологическая академия», 36011, г. Полтава, ул. Шевченко, 23

## СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Богомолов А.Е., Пухлик Б.М. Поллинозы – одна из наиболее актуальных проблем аллергологии // *Новости медицины и фармации.* – 2013. – № 16 (467). – С. 6–9.  
 2. Заболотний Д.І., Смагіна Т.В., Забродська Л.В. Досвід застосування левоцетиризину для лікування пацієнтів із цілорічним алергічним ринітом// «Аптека галицька». – № 15. – 2008.

3. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 08 жовтня 2013 року № 868 «Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги. Бронхіальна астма».  
 4. Остринская Т.В. Возможности галоингаляционной терапии при лечении патологии носа и околоносовых пазух: Автореф. дисс. ... канд. мед.

наук: 14.00.04. – Санкт-Петербург, 2004. – 112 с.

5. Пухлик С.М. Ошибки в диагностике и лечении аллергического ринита // *Здоров'я України.* – 2010. – № 4. – С. 42–43.

6. Романюк Л.І. Алергічний риніт як коморбідний стан бронхіальної астми// *Астма та алергія.* – 2013. – № 2. – С. 62–65.

7. Фадєєнко Г.Д. Коморбідність і високий кардіоваскулярний ризик – ключові питання сучасної медицини / Фадєєнко Г.Д., Гріднєв О.Є., Несен А.О. та ін.// *Український терапевтичний журнал.* – 2013. – № 1. – С. 102–107.

8. Юрочко Ф. Монотерапія алергічного риніту: безпечно наближення до повного контролю захворювання// *Здоров'я України.* – 2004. – № 7 (92). – С. 18.

Статья поступила в редакцию 04.02.2015