

Карагандинский государственный медицинский университет  
Кафедра аллергологии и иммунологии

# ОЦЕНКА КЛИНИЧЕСКОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ БАРЬЕРНЫХ ПРЕПАРАТОВ В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ОБОСТРЕНИЯ СЕЗОННОГО АЛЛЕРГИЧЕСКОГО РИНИТА

Выполнили: студенты 6-047 группы  
факультета ОМ

Караганда 2017

# Введение

- ▶ Широкая распространённость аллергических заболеваний (АЗ) и продолжающийся неуклонный их рост представляет большую медико-социальную проблему. В общей структуре АЗ одним из самых распространенных заболеваний является **аллергический ринит (АР)**
- ▶ **Аллергический ринит** – воспалительное заболевание слизистой оболочки носа, характеризующееся IgE-опосредованным воспалением слизистых оболочек носовой полости и наличием ежедневно в течение часа и более хотя бы двух из следующих симптомов: заложенности (обструкции) носа, выделений (ринореи) из носа, чихания, зуда в носу (International Consensus EAACI, 2000 г.)
- ▶ Среди форм АР особое место занимает **сезонный аллергический ринит (САР)**, обусловленный сенсibilизацией к пыльцевым аллергенам. Широкая распространённость САР, неуклонный его рост, значительное влияние симптомов САР на качество жизни больных, необходимость в проведении длительной терапии требуют поиска новых эффективных и безопасных методов лечения САР

- ▶ В основе патогенезе САР лежит аллергическая реакция немедленного типа, развивающаяся на слизистой оболочке носа — пограничной зоне, которая подвергается воздействию пыльцевых аллергенов и проявляющаяся такими симптомами, как ринорея, чихание, затруднение носового дыхания, зуд носа, часто сочетающиеся с глазными симптомами (слезотечение, зуд глаз).
- ▶ Решающей формой предрасположенности к аллергии, определяющей, быть ее клиническому проявлению или не быть, является нарушение барьерных функций слизистых оболочек и повышение проницаемости барьерных тканей к аллергенам . Благодаря действию мукоцилиарной системы в течение примерно 20 мин происходит удаление инородных частиц из полости носа. Однако молекулы аллергенов очень быстро вызывают аллергическую реакцию, вследствие чего быстро появляются симптомы САР Исходя из вышеизложенного, восстановление барьерной функции является основой для новых подходов к предупредительным и лечебным мерам при САР

# АКТУАЛЬНОСТЬ

- ▶ В связи с важной ролью естественных барьеров в индукции аллергического воспаления особую актуальность приобретают методы, направленные на снижение/предупреждение проницаемости естественных барьеров для аллергенов.
- ▶ Устранение (снижение) повышенной проницаемости естественных барьеров для аллергенов может предупредить трансбарьерную сенсibilизацию и развитие (обострение) аллергической реакции на трансбарьерное разрешающее действие аллергена.
- ▶ Большинство аллергенов попадают в организм аэрогенным путем через нос. Барьерные препараты считаются эффективной защитой от контакта слизистой оболочки полости носа с причинно-значимыми аллергенами и может быть использован в терапии различных форм АР в разные сезоны.

## Цель работы:

- ▶ оценка клинической эффективности барьерных препаратов в комплексной терапии обострения сезонного аллергического ринита, вызванного пыльцевыми аллергенами.

# Материалы и методы исследования

- ▶ Под наблюдением находилось 30 пациентов с обострением САР средней и тяжелой степени тяжести в возрасте от 10 до 45 лет с АР, средний возраст составил  $(23,5 \pm 9,1)$  года.
- ▶ Основную группу (ОГ) составили 20 пациентов [средний возраст  $(24,6 \pm 7,8)$  года]. По результатам проведенного аллергологического обследования в период ремиссии САР (скарификационные кожные пробы, определение специфических IgE в сыворотке крови) сенсibilизация к пыльце деревьев имела место у 50%, луговых трав - у 30%, сорных трав - у 20 % пациентов.
- ▶ Все пациенты ОГ получали симптоматическую терапию САР (антигистаминные препараты 2-го поколения левоцетиризин 1 раз в сут, ИНГКС группы флутиказона фуруат 110 мкг/сут и барьерный препарат превалин (назальный спрей) по 1 дозе в каждый носовой ход 3 раза в день (дети до 12 лет получали превалин-кидс)

- ▶ При одновременном применении нескольких местных лекарственных средств (например, ИНГКС) барьерные препараты применялись не ранее, чем через 30 мин после их приема.
- ▶ Контрольную группу (КГ) составили 10 человек [средний возраст (23,1±8,8) года]: 60% пациентов с сенсibilизацией к пыльце деревьев, 20% — к луговым травам, 20% — к сорным травам. Пациенты КГ получали только симптоматическую терапию САР, включающую антигистаминные препараты 2-го поколения лоратадизин 1 раз в сут и ИНГКС группы флутиказона фуроат 110 мкг/сут.
- ▶ Выраженность симптомов САР (заложенность носа, ринорея, зуд носа, чихание, глазные симптомы, нарушение сна и повседневной активности) оценивали по 3-балльной шкале (0 — отсутствие симптомов, 1 — незначительные, 2 — умеренные, 3 — выраженные симптомы) до начала терапии, на 7-й и 14-й дни лечения.

- ▶ Спрей **Превалин** благодаря уникальной тиксотропной формуле распыляется как жидкость, однако при попадании на поверхность слизистой оболочки переходит в легкий гель, защищающий организм от проникновения аллергенов. Активные компоненты препарата «Превалин» (тиксотропная формула) — запатентованная комбинация масел и эмульгаторов, обеспечивающих уникальное свойство преобразования геля в жидкость, что облегчает применение препарата. Все компоненты инертны и нетоксичны, не проникают в кровь, действуют только на слизистой оболочке носа. Именно поэтому превалин не имеет побочных действий, противопоказаний и может применяться у детей и взрослых. Для детей 6—12 лет рекомендуется превалин-кидс с тем же составом и свойствами, но вдвое меньшим количеством препарата при распылении.



# Результаты и их обсуждение

- ▶ Анализ выраженности клинических проявлений САР у пациентов ОГ до начала лечения выявил наличие выраженной ринореи ( $2,7 \pm 0,5$ ) балла, заложенности носа ( $2,5 \pm 0,5$ ) балла, чихания ( $2,6 \pm 0,5$ ) балла, умеренного зуда носа ( $2,1 \pm 0,6$ ) балла, глазной симптоматики ( $1,5 \pm 0,8$ ) балла, нарушение сна ( $1,5 \pm 0,5$ ) балла и повседневной активности ( $1,9 \pm 0,6$ ) балла. Показатели выраженности симптомов САР до начала лечения в КГ статистически не отличались от ОГ и составили: ринорея ( $2,6 \pm 0,5$ ) балла, заложенность носа ( $2,4 \pm 0,5$ ) балла, чихание ( $2,5 \pm 0,5$ ) балла, зуд носа ( $2,0 \pm 0,5$ ) балла, глазная симптоматика ( $1,4 \pm 0,5$ ) балла, нарушение сна ( $1,3 \pm 0,5$ ) балла и повседневной активности ( $1,7 \pm 0,5$ ) балла (табл. 1).

**Табл.1**

**Выраженность симптомов сезонного АР до начала лечения**

<b>Группа</b>	<b>Заложенность носа</b>	<b>Чихание</b>	<b>Ринорея</b>	<b>Зуд носа</b>	<b>Глазная симптоматика</b>	<b>Нарушение сна</b>	<b>Повседневная активность</b>
основная	2,5±0,5	2,6±0,5	2,7±0,5	2,1±0,6	1,5±0,8	1,5±0,5	1,9±0,6
контрольная	2,4±0,5	2,5±0,5	2,6±0,5	2±0,5	1,5±0,5	1,3±0,5	1,7±0,5

- ▶ На **7-й день** проводимого лечения носовое дыхание улучшилось у всех больных в обеих группах. Однако при сравнительном анализе выраженность симптомов САР была достоверно ниже в ОГ по сравнению с КГ: ринорея ( $1,5 \pm 0,5$ ) и ( $2,2 \pm 0,6$ ) балла соответственно ( $p=0,002$ ), заложенность носа ( $1,8 \pm 0,4$ ) и ( $2,1 \pm 0,3$ ) балла ( $p=0,046$ ), чихание ( $1,4 \pm 0,5$ ) и ( $1,8 \pm 0,6$ ) балла ( $p=0,02$ ), зуд носа ( $1,4 \pm 0,5$ ) и ( $1,9 \pm 0,3$ ) балла ( $p=0,007$ ), нарушение повседневной активности ( $0,7 \pm 0,5$ ) и ( $1,1 \pm 0,3$ ) балла ( $p=0,03$ ) (табл. 2). Большинство пациентов ОГ (60%) отметили значительное улучшение состояния на 3-и сут лечения, в то время как в КГ — на 5—6-е сут. 30% пациентов ОГ к 7-му дню лечения снизили дозу ИНГКС до 55 мкг/сут.

**Табл.2****Выраженность симптомов сезонного АР на 7 день лечения**

<b>Группа</b>	<b>Заложенность носа</b>	<b>Чихание</b>	<b>Ринорея</b>	<b>Зуд носа</b>	<b>Глазная симптоматика</b>	<b>Нарушение сна</b>	<b>Повседневная активность</b>
основная	1,8±0,4	1,4±0,5	1,5±0,5	1,4±0,6	1±0,6	1,2±0,4	0,7±0,5
контрольная	2,1±0,3	1,8±0,6	2,2±0,5	1,9±0,3	1,1±0,3	1,1±0,3	1,1±0,3

- ▶ На **14-й день** лечения выраженность симптомов САР снизилась как в ОГ, так и в КГ. Сравнительная оценка эффективности проводимой терапии в обеих группах показала, что статистически более значимое снижение выраженности отдельных симптомов САР имело место в ОГ: ринорея до  $(0,6 \pm 0,5)$  и  $(1,0 \pm 0,5)$  балла соответственно ( $p=0,048$ ); чихание до  $(0,7 \pm 0,5)$  и  $(1,2 \pm 0,4)$  балла ( $p=0,005$ ); заложенность носа до  $(0,7 \pm 0,5)$  и  $(1,1 \pm 0,3)$  балла ( $p=0,014$ ) (табл. 3).

Табл.3

## Выраженность симптомов сезонного АР на 14 день лечения

Группа	Заложенность носа	Чихание	Ринорея	Зуд носа	Глазная симптоматика	Нарушение сна	Повседневная активность
основная	0,7±0,4	0,7±0,5	0,6±0,5	1,4±0,6	0,3±0,5	0,3±0,4	0,3±0,4
контрольная	1,1±0,3	1,2±0,4	2,2±0,5	1±0,5	0,7±0,5	0,4±0,5	0,5±0,5

- ▶ Применение симптоматической терапии САР в сочетании с барьерными препаратами позволило к 10-му дню лечения 70% пациентов ОГ снизить дозу ИНГКС до 55 мкг/с, а 20% — полностью отменить их в связи с улучшением состояния. В КГ доля пациентов, снизивших дозу ИНГКС, составила 50%. Достигнутый объем терапии все пациенты получали до конца сезона поллинозиса причинно-значимых растений. Побочных эффектов при применении барьерных препаратов зарегистрировано не было.

## Выводы

- ▶ Таким образом, включение барьерных препаратов (превалин — назальный спрей) в комплексную терапию обострения САР пыльцевой этиологии препятствует контакту слизистой оболочки полости носа с аллергенами, достоверно снижает выраженность клинических проявлений САР, улучшает качество жизни пациентов и позволяет уменьшить объем симптоматической терапии, а в ряде случаев и отменить ее.



# Литература

- ▶ 1. Аллергология и иммунология. Национальное руководство / под ред. Р.М. Хаитова, Н.И. Ильиной. — М.: ГЭОТАР-Медиа. — 2009. — 656 с.
- ▶ 2. Ненашева, Н.М. Достижение контроля аллергического ринита с помощью ступенчатой терапии / Н.М. Ненашева // Эффективная фармакотерапия. Пульмонология и оториноларингология. — 2015. — № 1. — С.14—22.
- ▶ 3. Тарасова, Г.Д. Профилактический барьер при аллергическом рините/ Г.Д. Тарасова, О.В. Зайцева, Е.А. Торгованова // Российский аллергологический журнал. — 2012. — № 2. — С.69—72.
- ▶ 4. Ozdoganoglu, T. Quality of life in allergic rhinitis / T Ozdoganoglu, M. Songu, H.M. Inancli // Ther. Adv. Respir. Dis. — 2012. — № 6. — С.25—39.
- ▶ 5. Емельянов, А.В. Поллинозы: метод. пособие / А.В. Емельянов, О.Ф. Дзюба. — М., 2005. — 76 с.
- ▶ 6. Гуцин, И.С. IgE-опосредованная гиперчувствительность как ответ на нарушение барьерной функции тканей / И.С. Гуцин // Иммунология. — 2015. — № 1. — С.45—52.
- ▶ 7. Клиническая аллергология: руководство для практических врачей / под ред. проф. Р.М. Хаитова. — М.: МЕДпресс-информ, 2002. — 624 с.
- ▶ 8. Allergic Rhinitis and its Impact on Asthma (ARIA) 2008 update (in collaboration with the World Health Organization, GA (2)LEN and AllerGen) // Allergy. — 2008. — № 63. — P8—160.