

Профилактика аллергических заболеваний, вызванных внутрижилищными аллергенами

Одно из первых упоминаний об аллергенных свойствах домашней пыли относится к XVII в.: фламандский врач Джон Баптиста описал монаха, который начинал задыхаться, когда подметал пол. Однако только в 1964 г. группа голландских ученых выделила из домашней пыли клещей, относящихся к виду *Dermatophagoides pteronyssinus*. Благодаря этому открытию представления о связи между домашней пылью и аллергическими заболеваниями (АЗ) были расширены, появилось предположение о ведущей роли аллергенов определенных видов микроклещей в развитии указанной патологии, которое впоследствии полностью подтвердилось. В настоящее время отмечается неуклонный рост распространенности АЗ. По данным официальной статистики, той или иной аллергической патологией страдает около 20% европейской популяции. Одной из основных причин развития АЗ в настоящее время является гиперчувствительность к внутрижилищным аллергенам. О роли данных аллергенов в развитии АЗ мы попросили рассказать президента Ассоциации алергологов Украины, заведующего кафедрой фтизиатрии с курсом клинической иммунологии и алергологии Винницкого национального медицинского университета имени Н.И. Пирогова, доктора медицинских наук, профессора Бориса Михайловича Пухлика.

? Борис Михайлович, расскажите, пожалуйста, какова роль внутрижилищных аллергенов в формировании АЗ.

— Многочисленными исследованиями доказано, что экспозиция аллергена домашней пыли является важнейшим фактором, индуцирующим начало бронхиальной астмы (БА), особенно у новорожденных и младенцев. Экспозиция бытовых аллергенов является триггерным фактором у 85% пациентов с БА. Бытовые аллергены играют также важную роль в развитии аллергического ринита (АР), конъюнктивита, атопического дерматита и аллергической крапивницы. Исследования В. Guegin (1994) показывают, что источники происхождения белковых продуктов домашней пыли в порядке значимости для возникновения бытовой сенсибилизации распределяются следующим образом: клещи домашней пыли, домашние животные, плесневые грибы, насекомые. По мнению казахских ученых Р.Д. Жаксылыковой и А.Д. Ахимовой (2009), мелкие клещи вызывают одноименный акариаз. По причине отсутствия целенаправленной борьбы акариазы прогрессируют. Наиболее тяжелые их проявления и осложнения часто протекают под маской известных АЗ, кожных, ревматических, сердечнососудистых и других заболеваний. Для ликвидации акариазов необходима консолидация сил медицинских работников, акарологов, инженеров, биологов, провизоров, работников социальной и государственной сфер.

? Какие виды клещей наиболее часто вызывают сенсибилизацию?

— Почти во всех странах мира в бытовой и производственной пыли преобладают мелкие клещи рода *Dermatophagoides*. Описанные в научной литературе многочисленные факты обнаружения мелких клещей в выделениях, органах и тканях людей (даже в толще атеросклеротической бляшки аорты человека) интерпретируются как случайные. Остаются без внимания и описанные случаи или даже малые эпидемии легочного акариоза, крыжовниковой болезни, клещевых дерматитов, клещевого гастроэнтероколита и др. Многие авторы указывают на то, что аллергенная агрессивность домашней пыли зависит, главным образом, от численности и видового состава обитающих в ней клещей, в основном относящихся к роду *Dermatophagoides* семейства *Ryuglyphidae*. Наибольшее распространение имеют клещи *D. pteronyssinus* и *D. faigiae*, составляющие до 90% акарофауны жилых помещений. В 1 г домашней пыли встречается до нескольких тысяч особей размерами 1040 мкм, тогда как наличие даже 100 500 клещей способно вызвать выраженную сенсибилизацию человека (P. Nagve, R. May, 1990). Количество клещей в 1 м³ воздуха достигает 100 тыс. особей и в воздухе непроветриваемых помещений может

значительно увеличиваться. К настоящему времени в домашней пыли найдено около 150 видов клещей, однако *D. Pteronyssinus* являются наиболее аллергенными их представителями.

? Какие еще внутрижилищные аллергены может содержать домашняя пыль?

— Домашняя пыль содержит множество других разнообразных веществ с выраженными аллергенными свойствами, способных вызывать развитие респираторных и нереспираторных АЗ. Так называемые эпидермальные аллергены могут входить в состав домашней пыли или иметь самостоятельное значение. Эпидермальные аллергены попадают в организм человека ингаляционными, контактными путями (при контакте с животными, ношении соответствующей одежды, головных уборов, обуви). Необходимо подчеркнуть, что роль эпидермальных аллергенов в развитии АЗ пока не совсем ясна и явно недооценивается. Так, сама шерсть животных не имеет существенного значения как аллерген, однако прикрепленные к ней частички слюны, эпидермиса животных обладают выраженной сенсибилизирующей активностью. Частота аллергии к аллергенам домашних животных колеблется от 1 до 4% у взрослых и составляет около 11% у детей. Чаще всего встречается аллергия к шерсти кошки и собаки, при этом имеются данные о более высокой сенсибилизирующей активности слюны данных животных по сравнению с шерстью. Указанные аллергены имеют малые размеры (<2,5 мкм) и сохраняются в воздухе часами, а их высокая концентрация является достоверным фактором риска БА. Даже при удалении кошки из помещения ее аллергены присутствуют там до 24 нед и более. Ряд авторов полагают, что до 40% больных БА имеют аллергию к шерсти кошки. У больных БА, живущих в неудовлетворительных бытовых условиях, специфические IgE-антитела к аллергенам шерсти мышей и крыс выявляются в 19-24% случаев (B. Kang, J. Kang, 1989).

Аллергены обитающих в жилище насекомых также оказывают выраженное сенсибилизирующее действие на организм человека. По данным P. Rosenstreich и соавт. (1982), концентрация аллергенов тараканов от 9 до 1000 NPU на 1 г домашней пыли является значимым фактором риска БА. Некоторые авторы указывают, что дети с БА, сенсибилизированные к аллергенам тараканов, в 3 раза чаще госпитализируются по поводу обострений БА в том случае, если в квартире имеется большая популяция этих насекомых. По данным пока единственного подобного исследования в Украине (С.В. Зайков, А.П. Гришило, 2006, 2007), гиперчувствительность к аллергенам тараканов имела место у 38,03% пациентов с БА, у 35,71% больных АР и у 51,28% обследованных с сочетанной патологией.

? Насколько велика роль спор грибов, растущих внутри помещений, в развитии АЗ?

— Если в доме есть пылесос, в котором используется вода как пылесборник и фильтр на выходе после воды, — такой пылесос является индивидуальным «производителем» и распылителем спор грибов. Чрезвычайно важное значение имеет сенсибилизация человека к микрогрибам. В пробах домашней пыли и воздуха жилых помещений чаще выделяют грибы *Aspergillus*, *Penicillium*, *Alternaria*, *Mucor*, *Candida*, *Aureobasidium*, *Cladosporium*. На видовой состав и количество спор грибов в воздухе влияет характер жилища или промышленного предприятия. Споры грибов, растущих внутри помещений, например *Aspergillus* и *Penicillium*, имеют более высокий уровень содержания в воздухе осенью и зимой. В настоящее время нет общепринятых нормативов содержания грибов в воздушной среде жилых помещений, но все же ряд специалистов условной нормой считают содержание спор в воздухе жилых помещений до 500 в 1 м³.

Наиболее высокое содержание спор грибов выявлено на первых этажах зданий и в сырых помещениях. При алергологическом обследовании лиц, проживающих в таких помещениях, отмечена повышенная чувствительность к грибам родов *Penicillium* (37%), *Aspergillus* (15%), *Alternaria* (18%), *Rhizopus* (7%). Установлено, что при содержании в 1 м³ воздуха производственных помещений до 15 млн грибных спор работающие там люди вдыхают за 6 ч 170 200 млн спор грибов. Первоначально сапротрофные микрогрибы или продукты их обмена могут вызывать патологические процессы, например инвазивный аспергиллез, индуцируемый *Aspergillus fumigatus*; первичный рак печени, вызываемый афлатоксином (продуктом — *A. flavus*) и др. Подобные микромицеты могут быть причиной БА и АР у лиц, вдыхающих загрязненный спорами воздух.

Некоторые неинвазивно обитающие в параназальных полостях грибы способны индуцировать аллергические грибковые синуситы. Первичными этиологическими агентами при этом оказываются темноокрашенные виды из родов *Alternaria*, *Bipolaris*, *Cladosporium*, *Curvularia*, *Nodulosporium*, а также *Aspergillus*, *Chrysosporium*, *Fusarium*, *Mucor*. К опасным факторам, способствующим развитию и формированию обострений АЗ, относятся постельное белье, а также синтетические и перьевые подушки, поскольку в них может находиться целая экосистема насекомых и плесневых грибов, представляющих серьезную опасность для здоровья человека. Так, результаты исследования, проведенного сотрудниками университета г. Манчестера (США), показали, что внутри стандартных постельных подушек, которыми



Б.М. Пухлик

пользовались от 1,5 до 20 лет, находится более 1 млн спор грибов, чаще всего *Aspergillus fumigatus*. Примечательно, что в подушках с синтетическим наполнителем содержалось больше спор грибов, чем в перьевых. Помимо *Aspergillus fumigatus*, были выявлены грибы, которые обычно обнаруживаются на заплесневевшем хлебе и в душевых комнатах.

В 2000 г. опубликованы результаты исследований Национального института экологии здоровья США (NIEHS), которые показали, что в 22 млн американских домов концентрация сапрофитов являлась критической и обитатели этих жилищ подвергались высокой опасности развития БА. В пробах домашней пыли также присутствуют считающиеся канцерогенными частицы кухонной копоти и компоненты табачного дыма. Опасна и любая аэрозольная пыль, особенно от средств бытовой химии, дезодорантов и косметики; частички разрушающегося лака, которым покрывают паркет; мушкетная пыль и споры микрогрибов в кухонных и ванных помещениях. В домах, где много книг, в больших количествах присутствует бумажная пыль, вызывающая специфические проявления АЗ, которыми часто страдают работники библиотек и архивов. В стандартной квартире из 3 комнат за год образуется до 40 кг пыли.

В связи с этим представляют интерес исследования, проведенные специалистами Института гигиены водоемов, почв и атмосферы при Федеральном ведомстве здравоохранения в г. Берлине (Германия). Исследователи установили в 400 квартирах контейнеры, в которые в течение 1 года собиралась домашняя пыль. В результате проведенных исследований было установлено, что за сутки на 1 м² пола оседало от 0,27 до 173,7 (в среднем 7,6 мг) пыли. Следовательно, за год на каждом 1 м² пола накапливалось около 3 г пыли, а в жилых помещениях с гладкими полами скапливалось в 2 раза больше пыли, чем в комнатах с ковровым покрытием, которое улавливало часть пыли. Даже в квартире, в которой никто не жил, накапливалось достаточное количество пыли. Так, в плотно запертой квартире с закрытыми окнами всего за 2 нед накопилось около 12 тыс. пылевых частиц на 1 см² поверхности пола и горизонтальных поверхностей мебели. Проведенные анализы состава пыли показали, что 35% — это минеральные частицы, 12% — текстильные и бумажные волокна, 19% — частицы эпидермиса людей и шерсти домашних животных, 7% — пыльца растений, 3% — частицы сажи и дыма; происхождение 24% частиц пыли установить не удалось. Все эти данные свидетельствовали о том, что, во-первых, имеющиеся в воздухе пылинки оседают очень медленно; во-вторых, даже плотно закрытые окна и двери не представляют собой непроницаемого препятствия для пыли.

? Могут ли элиминационные мероприятия существенно уменьшить количество аллергенов?

— В настоящее время чрезвычайно актуален вопрос о необходимости проведения элиминационных мероприятий в жилых помещениях, поскольку без этого лечение

больных АЗ не может быть достаточно эффективным. В соответствии с рекомендациями Всемирной организации здравоохранения (1997) основными направлениями лечения АЗ являются повышение осведомленности больных, элиминационная терапия, фармакотерапия, аллерговакцинация. Как известно, АЗ возникают у лиц с атопией даже при минимальном воздействии аллергенов; указанная патология может развиваться и при избытке аллергенов в окружающей среде. Именно поэтому элиминационные мероприятия являются очень важными, но, как это ни парадоксально, одними из наименее изученных подходов к лечению пациентов с АЗ.

Какие существуют пути элиминации внутрижилищных аллергенов?

Основными путями элиминации аллергенов являются следующие: использование в быту и на производстве тканей и материалов, которые являются неприемлемыми для персистенции на них клещей и микрогрибов; применение химических агентов инсектицидов для уничтожения популяции клещей; механическая элиминация (главным образом, за счет всасывающих воздух приспособлений и последующей адсорбции на поверхности фильтров, воды) агентов, способных sensibilizirovat' человека. Говоря о первом направлении, следует отметить, что, к сожалению, в Украине производство «противоклещевых» тканей и покрытий отсутствует, а импортные дорогостоящие изделия малодоступны среднестатистическому жителю. Что касается второго направления, то Т.М. Желтикова и соавт.(2004) считают, что в связи с ростом АЗ, связанных с членистоногими, возникает необходимость регулярного использования в быту биоцидных препаратов, в т. ч. инсектоакарицидов. Требования к бытовой химии, используемой в жилых помещениях, очень высоки. Так, акарициды, помимо высокой эффективности по отношению к клещам домашней пыли, не должны оказывать токсического действия на человека и домашних животных и обладать sensibilizirovuyushimi свойствами. Основными недостатками применения акарицидных средств является, во-первых, невозможность полностью исключить их токсическое и sensibilizirovuyushее воздействие на организм человека; во-вторых, акарициды не действуют на эпидермальные аллергены, микромицеты, которые сохраняются в окружающей человека среде. И в-третьих, акарициды не элиминируют продукты жизнедеятельности клещей. В этой связи (не отказываясь, безусловно, от акарицидов) необходимо обратить внимание на способы механического устранения аллергенов. Однако даже самый современный дорогостоящий пылесос, оснащенный многоступенчатым фильтром, является накопителем и распылителем концентрированной смеси вышеперечисленных sensibilizirovuyushih агентов.

Каким требованиям должны отвечать пылесосы, чтобы элиминацию можно было считать эффективной?

Важным является не столько собрать пыль, сколько удержать ее в пылесосе. Как известно, в современных пылесосах в качестве фильтров используются бумажные и тканевые контейнеры или емкости с водой для сбора пыли, различные картриджи, которые необходимо регулярно менять. Однако обычные фильтры задерживают лишь крупный мусор и большие частицы пыли. Воздух, содержащий мельчайшие частицы пыли, дополнительно обогащенный аллергенами, попадает обратно в помещение. Не решают проблему и пылесосы для влажной уборки, поскольку часть пыли оседает на фильтре, который контактирует с грязной водой. Такой фильтр является отличной средой для размножения микроорганизмов, плесневых грибов, требует регулярной замены после

каждой уборки, что усугубляет проблему и ведет к дополнительным затратам. При уборке помещения моющим пылесосом к вышеперечисленным факторам добавляется еще и использование различных химических растворов, которые невозможно удалить полностью. По мере высыхания эти соединения становятся частью домашней пыли. Особое внимание уделяется пылесосам, роль фильтра и пылесборника в которых выполняет вода. Всасываемый воздух промывается водой, мельчайшие частицы пыли смачиваются и остаются в воде, а воздух попадает в помещение чистым и безаллергенным. Сегодня каждый продавец пылесосов утверждает, что продает антиаллергенный пылесос, поэтому очень важно для элиминации аллергенов пользоваться машиной, которая прошла испытания и обладает доказательной базой.

Именно таким пылесосом и является уникальный воздухоочиститель NYLA компании NYLA International GmbH & Co. KG (г. Штутгарт, Германия), известный более чем в 60 странах мира. NYLA является многофункциональной системой, обеспечивающей очистку разного рода поверхностей и воздуха от пыли, бактерий, спор грибов и вирусов. Эта система позволяет создать человеку комфортные и экологически чистые условия пребывания в помещении и тем самым повысить качество, а также добиться максимального контроля над течением АЗ. Изначально эта машина была создана как воздухоочиститель для закрытого помещения. В конструкции системы NYLA используется принцип сепарации. Проходя через сепаратор, который вращается со скоростью 25 тыс. оборотов в минуту, воздух интенсивно перемешивается с водой, очищается и возвращается в помещение максимально чистым и дополнительно аэроионизированным. Мощная струя воды по принципу гейзера, ударяясь о сверхскоростной сепаратор, поглощает мельчайшие частички пыли размером от 100 до 0,1 микрон. Эффективность элиминационных мероприятий с помощью многофункциональной системы NYLA имеет хорошую доказательную базу. Это единственный пылесос, эффективность и безопасность которого научно доказана отечественными и зарубежными коллегами. Учеными Научно-исследовательского института вакцин и сывороток им. И.И. Мечникова РАМН (г. Москва, РФ) были проведены сравнительные эксперименты эффективности работы различных видов пылесосов и доказано, что численность клещей и концентрация гуанина, что, собственно, и определяет содержание клещевых аллергенов, существенно снижается после обработки помещения пылесосом NYLA. При изучении способности пылесоса NYLA адсорбировать микроорганизмы специалистами Львовского НИИ эпидемиологии и гигиены оказалось, что обсемененность микроорганизмами после обработки пылесосом уменьшалась в 1520 раз.

В 2004 и 2010 гг. в НИИ аллергологии и клинической иммунологии (г. Москва, РФ) дважды были проведены исследования эффективности экосистемы NYLA, которые показали, что у больных АР и БА, которые очищали жилое помещение при помощи NYLA, уже в течение 1-го месяца существенно сократилось число приступов БА. В связи с этим эксперты рекомендуют применение системы NYLA в качестве воздухоочистителя и уборочной машины в жилищах пациентов с БА (особенно детей), хроническим обструктивным заболеванием легких.

Исследования, проведенные в авторитетных зарубежных лабораториях, показали, что система NYLA способна с большой поверхности (20 м²) собрать 100% пылевых частичек размером ≥5 микрон и 99% частичек размером <3 микрон, что является уникальным результатом для бытовой техники. Кроме того, исследования, проведенные сотрудниками лаборатории хими-

ческого и микробиологического анализа LAFU (Германия), доказали, что в потоке выходящего воздуха при работе экосистемы NYLA в режиме уборки помещения и очистки воздуха не было обнаружено ни одной колонии бактерий и грибов, что еще раз подтверждает высокую эффективность элиминации аллергенов с помощью данного устройства.

Специалисты образовательного-научного центра «Институт биологии» Киевского национального университета им. Т. Шевченко провели научно-техническую экспертизу «Микробиологическая экспертиза жилых помещений в условиях использования универсальной очистительной системы NYLA». По результатам экспертизы доказано, что количество микроскопических грибов в помещении уменьшилось на 95-99% после обработки воздухоочистителем NYLA.

В многочисленных исследованиях показано, что для лиц с АЗ и членов их семей наибольшую опасность для здоровья представляет пространство до 50 см над уровнем пола, где скапливается наибольшее количество домашней пыли. Следует помнить, что именно в этой мало комфортной для организма зоне дети проводят значительную часть времени. Несмотря на частую влажную уборку помещений и проветривание воздуха, с обувью и одеждой в квартиру всегда заносится песок, грязь, пыль, содержащие шерсть животных, экскременты насекомых, бактерии, грибы, вирусы и другие аллергены и триггеры, способные вызывать развитие и обострение АЗ. Все эти вредные факторы накапливаются на поверхности пола, в коврах, в мягких игрушках, матрасах, подушках, занавесах и прочих поверхностях, а главное, в воздухе помещения.

Необходимо отметить, что ни один из существующих бытовых пылесосов, кроме системы NYLA, не способен очистить помещение и воздух от пыли, бытовых аллергенов и инфекционных агентов.

Очистительная система NYLA способна выбивать матрасы, подушки, одеяла, ковры на всю их глубину, извлекать пыль из всех мест ее нахождения, одновременно наполняя жилое или офисное помещение свежим ионизированным экологически чистым воздухом. Необходимо отметить, что система NYLA позволяет адсорбировать и иные рассеянные в воздухе помещений и на поверхностях различные агенты(химические вещества, ксенобиотки), которые оказывают дополнительное триггерное действие на больных БА, АЗ, провоцируя обострение симптомов болезни неаллергическим путем.

Подводя итог вышесказанному, следует констатировать, что не только население, но и аллергологи Украины не уделяют должного внимания вопросам профилактики АЗ, вызванных бытовыми аллергенами. В то же время, как показывают зарубежные исследования, комплексный подход, включающий использование специальных пылеулавливающих систем, может уменьшить вероятность возникновения респираторной аллергии или уменьшить частоту обострений АР и БА у лиц, страдающих этими заболеваниями, а также поможет добиться высокой степени контроля над течением заболевания. Среди пылеулавливающей бытовой техники, реально способной уменьшить популяцию клещей домашней пыли и продуктов их метаболизма, спор микрогрибов и других агентов химического и биологического происхождения, способных sensibilizirovat' человека или вызывать неспецифическое триггерное действие, следует рекомендовать применение экосистемы NYLA. Целесообразно проведение целенаправленных отечественных исследований в сфере профилактики АЗ, изучение различных способов элиминации окружающих человека аллергенов.

Подготовил Вячесла Килимчук

Очистка подушек и матрасов В ПОДАРОК!

Правильная элиминация внутрижилищных аллергенов – залог эффективности лечения!



Рекомендовано аллергикам

- Очистка воздуха от аллергенов
- Глубинная очистка матрасов, подушек и ковров
- 100% устранение гуанина

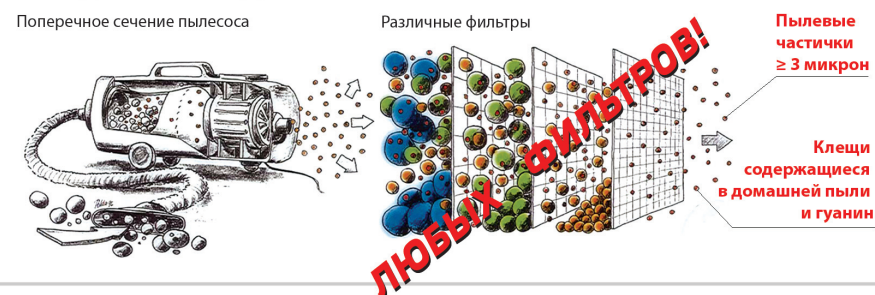


Вместо фильтров - вода. Гейзерная технология.

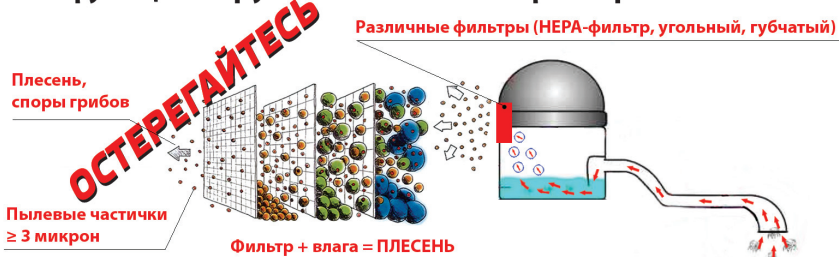
Очистка поверхностей и воздуха от пыли, бактерий, и аллергенов на 100% частиц ≥ 5 микрон и 99.9% частиц размером ≥ 3 микрон.

ПРОДАЖА • ПРОКАТ • КРЕДИТ www.hyla.ua • Горячая линия: 0 800 50-20-10, (044) 235-15-36

Так функционирует обычный пылесос:



Так функционирует пылесос с аквафильтром:



В любое время года



облегчает и предупреждает симптомы аллергического ринита

AVMS/01/UA/21.03.2012/6035

Склад: діюча речовина: флютиказону фураат; 1 доза препарату містить флютиказону фураату 27,5 мкг; допоміжні речовини: глюкоза безводна, целюлоза диспергована, полісорбат 80, розчин бензалконію хлориду, динатрію едетат та вода очищена. **Лікарська форма:** Спрей назальний, дозований. **Показання.** Симптоматичне лікування алергічних ринітів. **Противопоказання.** Гіперчутливість до будь-якого компонента препарату. **Спосіб застосування та дози.** Авамис призначається лише для інтраназального застосування. Дорослі та діти віком від 12 років: рекомендована початкова доза – по 2 впорскування (27,5 мкг на одне впорскування) у кожну ніздрю 1 раз на добу (загальна добова доза – 110 мкг). Після досягнення контролю за симптомами риніту підтримуюча доза препарату може бути зменшена до 1 впорскування у кожну ніздрю 1 раз на добу (загальна добова доза – 55 мкг). Діти віком від 6 до 11 років: рекомендована початкова доза – по 1 впорскуванню у кожну ніздрю 1 раз на добу (загальна добова доза – 55 мкг). У разі недостатнього контролю за симптомами риніту при впорскуванні в кожну ніздрю 1 раз на день (загальна добова доза – 55 мкг) доза може бути збільшена до 2 впорскувань у кожну ніздрю 1 раз на добу (загальна добова доза – 110 мкг). Після досягнення контролю за симптомами риніту рекомендується зменшувати дозу до 1 впорскування у кожну ніздрю 1 раз на день (загальна добова доза – 55 мкг). Хворі літнього віку: застосовують ті ж дози, що й для дорослих. Ниркова недостатність: корекція дози не потрібна. Печінкова недостатність: корекція

дози не потрібна при легкому та помірному ступенях печінкової недостатності. Даних щодо печінкової недостатності тяжкого ступеня немає. **Побічні реакції.** Дуже поширені (>1/10), поширені (>1/100 та <1/10), непоширені (>1/1 000 та <1/100), рідко поширені (> 1/10000 та <1/10000), дуже рідко поширені (<1/10 000). Дихальна система: Дуже поширені: носові кровотечі. Поширені: поява виразок у носі. Носові кровотечі звичайно були незначні або помірно інтенсивні. У дорослих та підлітків випадки носових кровотеч виникали частіше при тривалому застосуванні (більше 6 тижнів), ніж при застосуванні до 6 тижнів. У ході педіатричних клінічних досліджень тривалістю до 12 тижнів випадки носових кровотеч були аналогічними у групі, що лікувалась флютиказону фураатом, і в групі, що отримувала плацебо. Імунна система: Рідко поширені: реакції гіперчутливості, включаючи анафілаксію, ангіоневротичний набряк, висипання та кропив'янку. **Передозування.** За даними клінічних досліджень, при інтраназальному застосуванні до 2640 мкг препарату на день більш ніж протягом 3 днів побічних ефектів не спостерігалось. У випадку застосування високих доз необхідно спостереження за станом хворого. Лікування симптоматичне. Застосування у період вагітності або годування груддю. У період вагітності і годування груддю застосовувати флютиказон фураат слід лише у разі, коли очікувана користь для матері перевищує можливий ризик для плода/дитини. **Особливості застосування.** Флютиказону фураат піддається екстенсивному метаболізму першого проходження у печінці, тому

системний вплив інтраназального флютиказону фураату у хворих із тяжкою печінковою недостатністю може підвищуватись, що, в свою чергу, може підвищити ризик виникнення системних побічних ефектів. Тому застосовувати препарат для лікування цієї категорії хворих слід з обережністю. **Взаємодія з іншими лікарськими засобами та інші види взаємодій.** Флютиказону фураат швидко виводиться шляхом екстенсивного метаболізму першого проходження у печінці за допомогою цитохрому Р-150 3А4. Відповідно до результатів застосування іншого глюкокортикоїду – флютиказону пролонгату, що також метаболізується СYP3A4, не рекомендується сумісне застосування з ритонавіром у зв'язку зі збільшенням системного впливу флютиказону фураату. **Категорія відпуску.** За рецептом. Виробник: Глаксо Оперейшнс КЖ Лімітед, Великобританія. Glaxo Operations UK Limited, United Kingdom. Перед призначенням та застосуванням обов'язково знайомтесь з повним текстом інструкції до препарату Авамис!!! P.C. UA/9606/01/01. Сообщить о нежелательном явлении или жалобе на качество препарата Вы можете в ООО ГлаксоСмитКляйн Фармасьютикалс Украина по тел.: (044) 585-51-85. **Дополнительную информацию о препарате можно получить в ООО «ГлаксоСмитКляйн Фармасьютикалс Украина»:** 03038, г. Киев, ул. Линейная, 17, тел.: (044) 585-51-85, факс: (044) 585-51-86.

Информация
для специалистов.



Ф.Б. Юрочко, ОДКЛ «Охматдит», м. Львів

Алергічний риніт. Відповіді не тільки для алергологів

Алергічний риніт (АР) є частим захворюванням і актуальною проблемою в багатьох країнах світу. Статистичні дані свідчать, що на АР хворіють 10-30% дорослих і до 40% дітей; спостерігається тенденція до зростання цих показників (Joint Task Force on Practice Parameters, 2008).



Ф.Б. Юрочко

Чи проста діагностика АР?

Як правило, діагностика АР не викликає труднощів. Її найважливішими елементами є клінічна симптоматика, анамнез життя (особливу увагу слід звернути на сімейний та особистий алергологічний анамнез) та хвороби (слід враховувати дані щодо попереднього лікування та його ефективності). Схема діагностики АР (Bousquet et al., 2008; Price et al., 2006; Scadding et al., 2008) представлена в таблиці 1. Під час збору анамнезу обов'язково слід з'ясувати наявність захворювань нижніх дихальних шляхів, шкірних симптомів та харчової алергії.

Типовими проявами АР є носові симптоми: чхання, свербіж, водянисті виділення та утруднення носового дихання. Чим більша кількість цих симптомів виявляється у хворого, тим імовірніший діагноз АР. Додатковими проявами є головний біль, порушення нюху та очні симптоми (сльозотеча, печіння, свербіж, почервоніння очей).

Вважають, що чхання є важливим симптомом, що свідчить на користь АР. Як правило, воно виникає вранці після пробудження (майже завжди кількарзове) або одразу після контакту з алергеном. У більшості пацієнтів із АР спостерігається часте або приступоподібне (понад 3 рази за приступ) чхання.

Таблиця 1. Схема діагностики АР

Основні діагностичні групи	Деталізація
1. Носові симптоми	Порушення носового дихання
	Часте чхання
	Носові виділення водянистого або слизового характеру
	Свербіж
2. Алергологічний анамнез	Наявність алергії у родичів
	Зв'язок симптомів з експозицією алергенів (інгаляційних, харчових) чи певним місцем перебування
	Алергічні прояви з боку інших систем (шкіри, нижніх дихальних шляхів, симптоми харчової алергії)
3. Ефект попереднього лікування (якщо воно проводилось)	Позитивна реакція на антигістамінні препарати або ендоназальні кортикостероїди
4. Додаткові методи обстеження	Шкірні алергопроби, загальний IgE і рівні алергенспецифічних IgE*

* Можуть бути незмінними в деяких випадках алергії, тому наявність нормальних показників не виключає алергії.

Потрібно також уточнити у хворого, в який час та в яких місцях симптоми з'являються або погіршуються (наприклад, зникають після приїзду пацієнта на море або посилюються, коли він знаходиться в іншому будинку); це досить характерно для алергії (так званий фактор місця).

Хто повинен діагностувати і лікувати пацієнтів з АР?

Не обов'язково алерголог – діагностикою й лікуванням хворого може займатися спеціаліст, якому він довіряє. Якщо пацієнт співпрацює з терапевтом, сімейним лікарем чи педіатром і ці спеціалісти мають певний алергологічний практичний досвід, вони можуть призначати відповідне лікування.

Чи треба залучати алерголога та отоларинголога до діагностики та лікування таких пацієнтів?

Не можна чітко відповісти на це питання. Так, тому що для виключення іншої патології носа та приносних пауз необхідним є огляд ЛОР-а, а встановлення остаточного діагнозу в деяких випадках потребує консультації алерголога. Ні, бо число пацієнтів з алергопатологією постійно зростає, а кількість ЛОРів та алергологів обмежена, що унеможливає діагностику АР виключно вузькими спеціалістами.

Що обов'язково слід з'ясувати?

Для оцінки ймовірності АР з'ясуйте у пацієнта наявність симптомів, наведених у таблиці 2. Вони не є характерними для АР,

Таблиця 2. Симптоми, не характерні для АР (Ф.Б. Юрочко, 2007)

Тільки односторонні носові симптоми
Закладеність носа без інших симптомів
Густі зелені або жовті виділення з носа*
Стікання густого слизу в носоглотку (і далі в глотку) і/або виділення з носа
Біль у щелепно-лицьовій області
Рецидивуючі носові кровотечі
Погіршення або відсутність нюху
Екстраназальні симптоми (офтальмологічні, неврологічні)

* Якщо в пацієнта присутні гнійні виділення та/або стікання виділень у носоглотку, існує висока вірогідність виявлення синуситу (в деяких випадках може бути ускладненням АР).

тому виявлення у хворого таких клінічних проявів свідчить про необхідність іншого спрямування діагностичного пошуку, проведення диференційної діагностики або консультації вузького спеціаліста.

Із якими захворюваннями слід проводити диференційну діагностику АР?

Прояви АР нагадують симптоми застуди (гострого назофарингіту, ГРВІ). Типовими ознаками захворювання є відсутність температури, раптового початку та часто раптове припинення симптомів риніту, декілька тривалих епізодів захворювання протягом року (табл. 3). Слід також враховувати можливу наявність синуситу (табл. 4), хоча не варто забувати, що ГРВІ можуть призводити до появи АР та погіршувати його перебіг; а синусит часто поєднується з АР.

Таблиця 3. Диференційна діагностика АР і ГРВІ (Ф.Б. Юрочко, 2008)

Симптоми	АР	ГРВІ
Контакт з алергеном, сезонність	Так, часто	Ні
Свербіж слизових, «алергічний салют»*	Так	Ні
Очні симптоми	Так, часто	Іноді
В анамнезі – шкірна та харчова алергія	Так	Ні
Обтяжений алергологічний сімейний анамнез	Так	Ні
Підвищення температури тіла	Не характерно	Часто
Переохолодження, виникнення епізоду захворювання в сезон епідемії ГРВІ	Ні	Так
Раптовий початок та раптове припинення риніту	Характерно	Ні
Виникнення декількох епізодів захворювання в місяць	Можливе	Ні

* «Алергічний салют» – специфічний прояв свербежу носа в дітей.

Таблиця 4. Диференційна діагностика АР та гострого бактеріального синуситу (Ф.Б. Юрочко, 2008)

Симптом	АР	Гострий бактеріальний синусит
Набряк носових раковин	++++	++
Чхання	++++	+/-
Бліда або блідо-синюшна слизова носа	+	-
Водянисті виділення з носа	+++	-
Гнійні виділення з носа	-/+	+++
Підвищення температури тіла	-/+	++
Початок риніту після ГРВІ	-/+	++++
Гній у середньому носовому ході	-	++++

Диференційну діагностику АР слід проводити з ГРВІ, запаленням біляносних пауз, поліпозом носа, викривленою носовою перетинкою та ін. (табл. 5); здійснює її отоларинголог.

Таблиця 5. Диференційна діагностика АР (Orlandi et al., 2002; з доповненнями і змінами)

Хвороби	Окремі ключові ознаки
NARES (невозинофільний риніт з еозинофілією)	Симптоми подібні до таких АР, діагностика здійснюється виключно за даними цитологічного дослідження вмісту носової порожнини, лікування аналогічне терапії АР
Аспіринова гіперчутливість	Крім носових, наявні симптоми бронхіальної астми та підвищена чутливість до деяких нестероїдних протизапальних препаратів
Ендокринні, професійні риніти	Інший анамнез (ендокринні захворювання, наявність професійних шкідливостей)
Медикаментозний риніт	Тривале (від >1 міс аж до кількох років) постійне щоденне використання судинозвужувальних крапель
Викривлення носової перетинки	Постійне одностороннє порушення носового дихання, набагато рідше – почергова закладеність (залежно від положення тіла, температури навколишнього середовища та ін.)
Поліпоз носа	Відсутність чхання; постійна закладеність носа, іноді одностороння; в анамнезі можливі хірургічні операції з видалення поліпів
Синусит	Головний біль, гнійні виділення з носа, переважно відсутнє чхання, алергологічний анамнез негативний
Муховісцидоз	Анамнез хвороби з раннього дитинства, шлунково-кишкові симптоми, підвищена концентрація хлоридів у поті (патогномнічна ознака), відсутність алергологічного анамнезу
Доброякісні та злроякісні пухлини	Одностороння закладеність, іноді рецидивуючі кровотечі з носа, асиметрія обличчя

Таблиця 6. Ефекти фармакологічних засобів (Bousquet et al., 2008; Price et al., 2006; Scadding et al., 2008; з доповненнями)

Симптоми	Пероральні антигістамінні препарати	Ендоназальні антигістамінні препарати	ЕКС	Місцеві деконгестанти	Інтрапіно бромід	Назальні кромони
Ринорея	++	++	+++	0	++	+
Чхання	++	++	+++	0	0	+
Свербіж носа	++	++	+++	0	0	+
Закладеність носа	+	+	+++	++++	0	+
Очні симптоми	++	0	++*	0	0	0
Початок дії препарату	1 год	15 хв	12 год	5-15 хв	15-30 хв	Змінний
Тривалість дії препарату	12-24 год	6-12 год	12-48 год	3-6 год	4-12 год	2-6 год

* Найбільш стабільний вплив на очні симптоми АР з усіх ЕКС має Авамис (флютиказону фураат) (Keith, Scadding, 2009).

Як лікувати АР?

Першим кроком у лікуванні є виявлення та усунення алергенів, що є дуже важливим. Проте в деяких випадках повністю виконати його неможливо; у таких ситуаціях слід зменшити контакт з причинним алергеном.

Другим кроком є медикаментозне лікування (Plaut, Valentine, 2005). Фармакотерапія сьогодні є найбільш вивченим, ефективним та практичним способом лікування АР, який забезпечує контроль симптомів. Повний, тривалий та стійкий контроль симптомів забезпечують тільки ендоназальні кортикостероїди (ЕКС) (табл. 6).

Що нового у лікуванні АР?

Для терапії АР до недавнього часу використовували антагоністи лейкотрієнових рецепторів, які не мають переваг не тільки над ЕКС, а й над антигістамінними препаратами, не забезпечують достатнього покращення у разі закладеності носа (Grainger, Drake-Lee, 2006). Зважаючи на їх недостатню ефективність, ці лікарські засоби можна розглядати лише як препарати третього ряду (Mucha et al., 2006; Wilson et al., 2004) або як допоміжні засоби у разі комбінованої терапії.

Продовжують вивчати ефективність застосування моноклональних антитіл за наявності АР. Омалізумаб, який є антитілом проти імунoglobulin E, ефективно покращує стан пацієнтів з АР (Casale et al., 2001).

Які нові ЕКС для лікування АР з'явилися на фармацевтичному ринку?

ЕКС на сьогоднішній день залишаються основними препаратами для терапії АР (Bousquet et al., 2001). Їх дія починається вже через 30 хв, хоча ефект може стати відчутним через кілька годин чи навіть кілька днів, а максимальна ефективність – спостерігається через 2-4 тиж (Derendorf, Meltzer, 2008). Різни дослідження підтвердили, що для терапії АР ЕКС є набагато ефективнішими за антигістамінні лікарські засоби (Price et al., 2006; Scadding et al., 2008; Yanez, Rodrigo, 2002).

Відносно новим препаратом для лікування АР, який швидко став популярним серед лікарів і пацієнтів, є Авамис (флютиказону фураат). Серед усіх ЕКС цей засіб має найвищий ступінь спорідненості з тканинами (Valotis, Hogger, 2007; Salter et al., 2007; Baumann et al., 2009), що забезпечує значну та тривалу протизапальну дію в місці введення (Vasar et al., 2008; Maspero et al., 2009).

Авамис зменшує тяжкість носових і очних симптомів АР (Vasar et al., 2008; Maspero et al., 2009); демонструє найбільш стабільну дію порівняно з іншими ЕКС відносно полегшення очних симптомів (Keith, Scadding, 2010).

Унікальний доставковий пристрій Авамису зручний у застосуванні: він не тільки полегшує введення, а й забезпечує чітке дозування з рівномірним розподілом препарату в порожнині носа (Berger et al., 2007). Місцеві побічні ефекти Авамису серед ЕКС виражені найменше, оскільки унікальний пристрій для введення препарату зводить до мінімуму можливість рухів «носіка» пристрою в носовій порожнині пацієнта, що може призвести до пошкодження слизової (Goyal, Hochhaus, 2008).

Лікар, який не є алергологом, не повинен боятися діагностувати і лікувати алергічний риніт. Озброєний сучасними знаннями, практичним досвідом і якісними препаратами спеціаліст може встановити діагноз і призначити адекватне лікування.

Список літератури знаходиться в редакції. Матеріал був уперше опублікований на сайті видавництва «Медицина світу» www.medsvit.com AVMS/10/UA/11.04.2012/6086 Друкується за підтримки ГлаксоСмітКляйн