

## ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА «ГИСТАФЕН» ПРИ ПЫЛЬЦЕВОЙ АЛЛЕРГИИ

Проф. Т. В. БЕЗДЕТКО, С. Л. ПОЛЬЩИКОВА, О. Н. ХОХУДА, А. В. ШМИДТ

### THE EXPERIENCE OF APPLICATION OF HISTAPHEN AT POLLEN ALLERGY

T. V. BEZDETOKO, S. L. POLSCHIKOVA, O. N. KHOKHUDA, A. V. SCHMIDT

*Харьковский государственный медицинский университет, Областная больница, Харьков*

**Освещены причинные факторы поллиноза, его основные клинические проявления и осложнения, особенности профилактики и современные подходы к терапии. Рекомендуются для лечения больных поллинозом препарат «гистафен» ввиду его высокой эффективности и низкой частоты побочных реакций.**

*Ключевые слова: поллиноз, аллергический ринит, антигистаминные препараты.*

**The causative factors of pollinosis, its main clinical manifestations and complications, peculiarities of prevention and contemporary approaches to therapy are discussed. Histaphen is recommended in treatment of pollinosis due to its high efficacy and low frequency of side effects.**

*Key words: pollinosis, allergic rhinitis, antihistamine drugs.*

Поллиноз — аллергическое заболевание слизистой оболочки различных отделов респираторного тракта, причинным фактором которого служит пыльца растений. В каждом регионе имеются свои специфические растения, пыльца которых может стать аллергеном для населения [1]. Определяются три волны поллиноза: весенняя (цветение деревьев), летняя (цветение злаков) и осенняя (цветение сорных трав). Фактором, обуславливающим рост заболеваемости поллинозом в промышленных регионах, является увеличение времени жизнеспособности пыльцы аллергенных растений в зонах промышленных выбросов. Большое значение имеет также резиновая пыль от шин автомобилей (латексная аллергия). Загрязнение окружающей среды удлиняет сроки полликации растений, изменяет антигенную структуру пыльцы, усиливает ее аллергенность.

«Загрязненная» пыльца индуцирует сенсибилизацию и повышает реактивность слизистой носа. Фитотоксиканты увеличивают жизнеспособность пыльцы сорных трав и при сочетании с повышением ее концентрации способствуют росту заболеваемости поллинозами населения промышленных регионов [1, 2]. Такую же роль играет радиационное влияние на растения последствий аварии на ЧАЭС. Условия проживания населения оказывают влияние на концентрацию пыльцы в воздухе. Географические условия и флора Харьковской области определяют характер течения поллинозов. Широкая распространенность высокоаллергенных растений способствует распространению пыльцы на большие расстояния и интенсивному контакту с ней населения [3]. Основной причиной поллинозов у больных в этом регионе является пыльца

сорных и злаковых трав: полыни (38%), лебеды (32%), амброзии (28%), подсолнечника (19%), сорных трав (21%).

Период обострения поллиноза в природных условиях Украины в среднем продолжается 5–6 мес [4]. Признаки болезни появляются в период цветения аллергенных трав, чаще в утренние часы, ветреную погоду, и исчезают после прекращения пыления аллергенных растений. Клинические проявления поллиноза очень разнообразны и зависят от локализации аллергического процесса. Наиболее частый клинический синдром — аллергический сезонный ринит (АР) [5].

Пыльца растений составляет наиболее многочисленную группу аллергенов, являющихся причиной развития сезонного АР, симптомы которого могут вызывать более 700 видов аллергенных растений и их пыльца [6].

Сведения, полученные в Европе, Англии и других странах, свидетельствуют о том, что лишь около 60% больных обращаются к врачу по поводу АР [7]. Как показали наши наблюдения, многие больные, страдающие аллергическим ринитом, либо лечатся по поводу рецидивирующих ОРВИ, либо занимаются самолечением, используют альтернативные методы терапии. Важнейшие проблемы сезонного АР — поздняя диагностика заболевания и позднее назначение адекватной патогенетической терапии, отсутствие алергодиагностики, что приводит к развитию осложнений, ухудшению прогноза и качества жизни пациентов [3, 8]. Тяжелым осложнением поллиноза является эозинофильная пневмония, которая рентгенологически диагностируется при наличии «летучих инфильтратов» в легких, эозинофилии в крови и мокроте [5, 8, 9].

Аллергия к пыльце растений проявляется также поражением кожи и подкожной клетчатки: крапивницей, отеком Квинке, контактным аллергическим дерматитом и экземой [10]. Изменения на коже характеризуются возникновением обильных высыпаний в виде папул и волдырей различного размера, сопровождающихся выраженным зудом.

Профилактические мероприятия у больных поллинозом практически невыполнимы. Пациентам рекомендуют уезжать из местности, где произрастают «виновные» растения, иногда на срок до 6 мес. Можно применять специальные маски-респираторы, очистители воздуха от пыли растений. Кроме того, пациент должен знать, что некоторые пищевые продукты имеют общие антигены с пылью трав. Например, при сенсибилизации к амброзии не рекомендуют употреблять дыни и бананы. К мерам профилактики поллиноза относят исключение активного и пассивного курения, контроль над содержанием пыли в воздухе помещения, ограничение контакта с лаками, красками и др. В период обострения заболевания в целях профилактики применяется метод элиминации аллергенов, однако на следующий сезон заболевание возобновляется [10].

Современная терапия поллиноза предусматривает комплекс мероприятий, включающих устранение или уменьшение контакта с причинно-значимыми аллергенами, проведение специфической иммунотерапии, а также медикаментозной терапии [11]. В качестве средств медикаментозного лечения поллиноза применяют препараты, подавляющие аллергическое воспаление или уменьшающие выраженность его симптомов. Среди медикаментозных средств системного (общего) воздействия наиболее часто используют антигистаминные препараты [12]. Назначение данной группы препаратов патогенетически обосновано, так как, взаимодействуя с рецепторами гистамина на клетках ткани, они блокируют H1-рецепторы, воздействуя преимущественно на патофизиологическую фазу аллергической реакции, снижают сосудистую проницаемость и способствуют уменьшению клинических проявлений заболевания [8, 9, 13]. При легкой и средней степени тяжести поллиноза препаратами выбора являются системные антигистаминные препараты [13].

Мы изучили эффективность антигистаминного препарата второго поколения гистафена у больных поллинозом. Гистафен является блокатором H1-рецепторов, а также умеренным блокатором 5HT-рецепторов, ослабляя, таким образом, действие медиаторов аллергии гистамина и серотонина. Его особенность заключается не только в антигистаминном действии вследствие блокады H1-рецепторов, но и в снижении концентрации гистамина в тканях за счет ускорения его метаболизма ферментом диаминооксидазой, расщепляющей эндогенный гистамин. Гистафен предотвращает или ослабляет спазмогенное воздействие гистамина

и серотонина на гладкие мышцы бронхов, кишечника, сосудов, уменьшает проницаемость капилляров, оказывает выраженное и продолжительное противозудное и антиэкссудативное действие. Гистафен влияет на иммунологическую реактивность организма, уменьшая количество антителообразующих и розеткообразующих клеток в селезенке, костном мозге, лимфатических узлах, а также снижает повышенную концентрацию иммуноглобулинов классов А и G. Препарат плохо проникает через ГЭБ, чем объясняется отсутствие его выраженного угнетающего влияния на ЦНС. Гистафен не оказывает влияния на биохимические показатели крови и мочи (в том числе на концентрацию глюкозы и холестерина в крови), на уровень АД, показатели ЭКГ, не увеличивает латентный период условного рефлекса и не влияет на показатели ЭЭГ, быстро всасывается в ЖКТ. Максимальная концентрация препарата в плазме крови достигается через 1–2 ч, в организме он накапливается преимущественно в легких, печени, в наиболее низкой концентрации — в головном мозге.

С целью изучения эффективности гистафена нами были обследованы 30 больных поллинозом в возрасте от 18 до 45 лет, среди них преобладали женщины (68%). Длительность заболевания составляла от 1 года до 20 лет. Диагноз поллиноза устанавливали на основании жалоб, анамнестических данных, проведения аллергопроб, анализа клинической картины и результатов объективного исследования. Обязательные общеклинические методы обследования включали подробное изучение анамнеза, общий осмотр, физикальное обследование, лабораторные исследования (клинические анализы крови и мочи, биохимический анализ крови с определением общего белка, билирубина общего и конъюгированного, АЛТ, АСТ, щелочной фосфатазы, уровня глюкозы крови). По показаниям больным проводили аллергологическое обследование с помощью кожного тестирования с пыльцевыми аллергенами. У 20% больных клинически поллиноз выражался в сухом приступообразном кашле, заложенности носа, у 35% — в риноррее, конъюнктивите; у 45% обследованных наблюдались все эти симптомы.

Гистафен назначали в дозе 100 мг 3 раза в день, длительность лечения определялась индивидуально, в среднем она составила 7–10 дней.

Уже после 3 дней приема препарата 70% пациентов отмечали уменьшение заложенности носа, кашля, проявлений конъюнктивита, у 27% эффект был достигнут на 5-е сутки. Сохранялась риноррея, затрудненное дыхание у 3% больных, в комплекс проводимой им терапии были добавлены топические кортикостероиды. Побочный эффект в виде сонливости наблюдался у 2% больных, однако сонливость уменьшилась на третьи сутки от начала приема препарата.

Таким образом, полученные результаты позволяют считать, что гистафен является высокоэффективным средством лечения больных поллинозом.

Его применение способствует обратному развитию симптомов этого заболевания и повышению качества жизни пациентов. Высокая степень безопасности и хорошая переносимость препарата дают основание рекомендовать его для лечения

больных, страдающих сезонными аллергическими заболеваниями. Гистафен следует считать препаратом выбора для лечения больных, страдающих поллинозом, ввиду его эффективности и низкой частоты побочных реакций.

#### Литература

1. Патогенез болезней цивилизации / Й. Шош, Т. Гати, Л. Чалаш, И. Деши.— Будапешт: Изд-во АН Венгрии, 1976.— 155 с.
2. Паттерсон Р., Грэмер Л., Гринберг П. Аллергологические болезни (диагностика и лечение): Пер. с англ.— М.: Геотар.— 2000.— 734 с.
3. Остренок Л. И., Федосеева В. Н. Полынные поллинозы // Врач.— 1998.— № 6.— С. 14–15.
4. Савицкий В. Д., Савицкая Е. В. Экология и распространенность пыльцы аллергенных растений в Украине // Астма та алергія.— 2002.— № 2.— С. 17–20.
5. Дранник Г. К. Клиническая иммунология и аллергология: Пособие для студентов, врачей интернов, иммунологов, аллергологов.— К.: Здоров'я.— 2006.— 482 с.
6. Calderon-Zapata M. A., Davies R. J. Treatment and management of allergic rhinitis // Allergy and Allergic Diseases. Blackwell Sci A. B. Kay (ed.).— Oxford, 1997.— Vol. 2.— P. 1327–1346.
7. Therapeutic advantage antihistaminic drugs the third of generation / P. Cauwenberge, C. Bachert, G. Passalacqua et al. // Allergy.— 2000.— Vol. 55.— P. 116–134.
8. Гуцин И. С. Аллергическое воспаление и его фармакологический контроль.— М.: Фармарус-Принт, 1998.— 135 с.
9. WHO position paper. Allergen immunotherapy: therapeutic vaccines for allergic diseases // Allergy.— 1998.— Vol. 53 (Suppl. 44).— P. 1–42.
10. Пыцкий В. И. Аллергические заболевания.— М.: Триада-Х, 1999.— 470 с.
11. Иммунопатология и аллергология. Стандарты диагностики и лечения / Под ред. Р. М. Хаитова.— М.: Прессинформ, 2001.— 96 с.
12. Ильина Н. И., Курбачева О. М. Современная фармакотерапия поллинозов: безопасность и эффективность / Consilium Medicum.— 2003.— Т. 5, № 4.— С. 226–231.
13. Соколов А. С. Новые возможности антигистаминных препаратов // Пульмонология.— 2000.— № 2.— С. 74–78.

Поступила 10.06.2008