

ЛЕЧЕНИЕ КСИМЕДОНОМ БОЛЬНЫХ ПОЛЛИНОЗОМ

А.П. Цибулькин, М.И. Хасанова, В.Н. Цибулькина

*Кафедра клинической лабораторной диагностики (зав. — проф. А.П. Цибулькин)
Казанской медицинской академии последипломного образования,
кафедра клинической иммунологии и аллергологии (зав. — проф. В.Н. Цибулькина)
Казанского государственного медицинского университета*

Поллиоз (сенная лихорадка, летний катар Бостока, пыльцевая аллергия) является классическим атопическим заболеванием сезонного характера, вызываемым пылью растений. Характеризуется оно острыми воспалительными изменениями в слизистых оболочках дыхательных путей и глаз. Заболевание широко распространено. В различных регионах поллинозом страдают от 0,1 до 30% населения, причем преимущественно в возрасте 30—39 лет. Среди больных преобладают женщины.

По данным РЦ “Медсоцэконом”, болезненность поллинозом в 1997 г. составила 21,7 на 10000 населения, заболеваемость — 10,3 на 10000 населения. Наиболее высокая заболеваемость зафиксирована в регионах с крупными промышленными центрами и налаженной аллергологической службой — в Нижнекамске (16,4 на 10000 населения), в Набережных Челнах (13 на 10000 населения) и в Казани (10,7 на 10000 населения). В сельскохозяйственных районах заболеваемость варьирует от 0 до 9 на 10000 населения.

Клиника поллиноза обусловлена воздействием значительных концентраций пыльцевых аллергенов на слизистые оболочки глаз, верхних и нижних дыхательных путей. Выраженность клинического проявления заболевания определяется остротой аллергического воспаления. Продолжительность периода обострения соответствует срокам цветения причинно-значимых растений в данной климато-географической зоне. Поэтому отчетливая сезонность обострения заболевания является его ведущим диагностическим признаком. В средней полосе европейской части России отмечают 3 периода обострения поллиноза [2]:

1) весенний — с середины апреля

до конца мая (связан с цветением деревьев, прежде всего ольхи, лещины, березы);

2) летний — с начала июня до конца июля (вызван пылью луговых злаковых трав — тимopheевки, овсяницы, мятлика, ежи, лисохвоста, пырея, жостера, райграсса, костра и пр.);

3) летне-осенний — с середины июля до конца октября (связан с цветением сложноцветных — полыни и маревых — лебеды).

Многолетние наблюдения за больными с пыльцевой гиперчувствительностью дают основание выделить наиболее патогенетически значимые пыльцевые аллергены. На территории Республики Татарстан к их источникам среди деревьев следует отнести ольху, лещину и березу, среди луговых культур — мятлик, тимopheевку, овсяницу, ежу и лисохвост, среди сорняков — полынь и лебеду и среди культивируемых растений — подсолнечник.

Прогноз заболевания в основном благоприятен при раннем и адекватном применении профилактической предсезонной терапии. Несмотря на то что предсезонная специфическая иммунотерапия (СИТ) и на сегодня остается одним из основных методов лечения, достаточно часто возникает необходимость в использовании неспецифических методов: средств, влияющих на выраженность аллергического воспаления, регулирующих активность иммунного процесса и симптоматических. Неспецифическую терапию можно использовать как дополнение к СИТ и как отдельный метод лечения. Она может быть основным методом лечения при неэффективности СИТ или при отсутствии условий для ее выполнения, а также единственным способом лечения при обращении

пациента в аллергологический кабинет во время сезонного обострения поллиноза. Для больных, проживающих в отдаленных районах республики, в связи с отсутствием врача-аллерголога назначение неспецифической терапии является предпочтительным (наиболее оправданным). С учетом ведущей роли в генезе поллиноза иммунных механизмов перспективна разработка неспецифических методов иммунокоррекции [1].

Целью нашего исследования было определение эффективности отечественного препарата ксимедона при лечении поллиноза.

Под нашим наблюдением в Республиканском центре клинической иммунологии находились 73 пациента, страдающих поллинозом. Клинические проявления риноконъюнктивального синдрома в периоде сезонного обострения имели место у всех 73 человек. Бронхоспастический синдром в периоде обострения был диагностирован у 63 (86,3%) больных. Длительность заболевания составляла у 42 (57,5%) лиц не более 5 лет, у 10 (13,7%) — от 6 до 10 лет, у 21 (28,8%) — более 10 лет. Большинство пациентов были городскими жителями (71,2%) и только 28,8% — сельскими. Служащие (41) составляли 56,2%, рабочие (19) — 26%, остальные 7,8% (13) были учащимися и домохозяйками.

Анализ структуры специфической гиперчувствительности у больных с риноконъюнктивальным синдромом показал преобладание сенсibilизации к алергенам пыльцы злаковых трав (мятлик, тимopheевка, костер, овсяница, райграсс, лисохвост, рожь и пр.) — у 36 (49,3%) человек и к пыльце сорняков (полынь, лебеда) — у 35 (47,9%). У 28 (38,4%) больных выявлена сенсibilизация к пыльце деревьев (рис. 3.1.), в том числе сочетанная сенсibilизация — у 24 (32,9%) больных, у остальных — гиперчувствительность к одной группе пыльцевых алергенов.

Бронхоспастический синдром, как и риноконъюнктивальный, развивался чаще всего на фоне сенсibilизации к пыльце злаков (52,4%) и сорняков (50,8%). У 22 (34,9%) больных выявлена

повышенная чувствительность к пыльце деревьев. Сочетанная сенсibilизация обнаружена у 22 (34,9%) больных, гиперчувствительность к одной группе пыльцевых алергенов — у 41 (56,2%). Сенсibilизация к другим группам алергенов (бытовым, эпидермальным, пищевым, лекарственным) наблюдалась лишь у 13 (17,8%) больных.

52 из 73 больных были обследованы в периоде стойкой ремиссии за 1,5–2 месяца до сезонного обострения. Группа из 21 человека обратилась за медицинской помощью в остром периоде в начале сезонного обострения. По способу лечения больные были разделены на 4 группы. 1-ю группу (21 чел.) составили лица, обратившиеся за медицинской помощью в начале обострения поллиноза. Больные 2, 3 и 4-й групп получали профилактическую предсезонную терапию.

С целью объективизации тяжести клинического течения заболевания мы использовали принцип самооценки больными выраженности по трехбалльной шкале основных клинических признаков, характерных для ведущих синдромов поллиноза. Нарушением носового дыхания, интенсивной ринореей и зудом носоглотки проявлялся синдром ринита, выраженным зудом глаз, слезотечением, ощущением инородного тела в глазах — синдром конъюнктивита, сильной одышкой, частотой и тяжестью приступов удушья — бронхоспастический синдром.

Анализ клинического течения различных проявлений поллиноза в периоде обострения позволил нам выделить наличие воспалительного синдрома. Имелись объективные трудности при определении его специфических симптомов, поэтому мы ограничились наиболее демонстративными — интенсивностью выделения мокроты и выраженностью кашля при бронхоспастическом синдроме. Баллы, характеризующие симптомы в пределах одного синдрома, суммировались для анализа его выраженности в целом.

В периоде сезонного обострения заболевания мы применяли ксимедон у 21 пациента с поллинозом. Препарат на-

значали по стандартной схеме (3 раза в день по 0,5) в таблетированной форме. Курс лечения составлял 10 дней. О динамике клинического течения заболевания судили по результатам самооценки 10 основных симптомов с использованием 3-балльной шкалы. Средние величины, отражающие ежедневно степень выраженности синдромов поллиноза в периоде обострения на фоне лечения

воспалительный, в периоде обострения на фоне приема ксимедона не имел тяжелых проявлений даже в разгаре заболевания. Напротив, выраженность синдромов уменьшилась до легкой степени уже к 10-му дню. Особо можно отметить значительное ослабление бронхоспастических явлений: уже на 10-е сутки проявления были минимальные, и данный эффект сохранялся до 20-го дня. В тече-

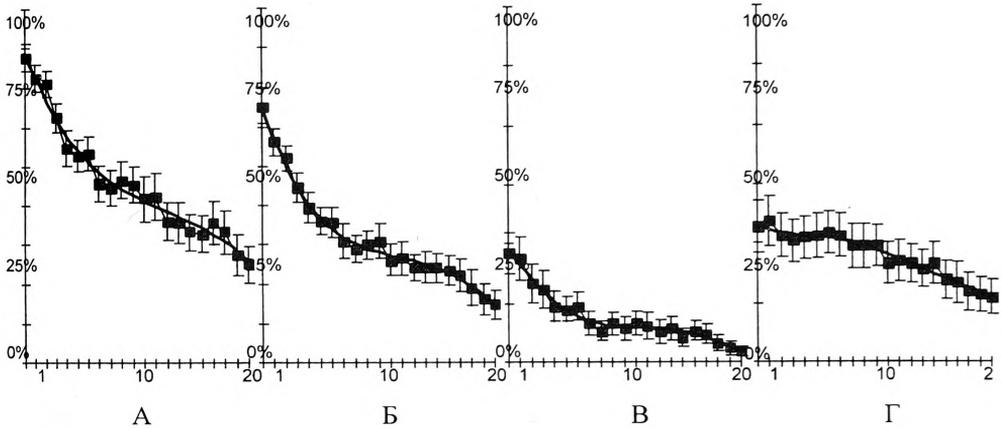


Рис. 1. Динамика основных синдромов поллиноза при лечении ксимедоном больных поллинозом в периоде сезонного обострения. Обозначения: по оси абсцисс указаны дни наблюдения, по оси ординат — выраженность синдрома по отношению к максимальному уровню. А — отражает течение ринита, Б — конъюнктивита, В — бронхоспастического синдрома и Г — воспалительного синдрома. То же и в рис. 2—4.

ксимедоном, были аппроксимированы регрессионными кривыми (рис. 1).

У пациентов с поллинозом в начале периода сезонного обострения заболевания (рис. 1) выявлена высокая выраженность синдромов ринита и конъюнктивита. Приблизительно одинаковая выраженность бронхоспастического и воспалительного синдромов, по-видимому, связана с тем, что оба они отражают единый процесс, происходящий в нижних дыхательных путях.

Анализ результатов, полученных по дневникам самооценки пациентов показал высокую активность симптомов поллиноза уже в начале сезона.

По диаграммам на рис. 1 (кривые А и Б) можно отметить значительное снижение тяжести как ринита, так и конъюнктивита в целом на фоне приема ксимедона в первые десять дней. Данная тенденция сохранялась и в последующие 10 дней с меньшей выраженностью. Бронхоспастический синдром, как и

воспалительного синдрома также прослеживалась положительная динамика, однако она была менее выражена, чем у других синдромов, что, возможно, объясняется влиянием сопутствующего хронического воспаления в бронхах.

Таким образом, у больных, не получавших профилактическую предсезонную терапию с самого начала обострения, наблюдалась высокая выраженность признаков риноконъюнктивального синдрома по сравнению с бронхоспастическим и воспалительным. На фоне лечения ксимедоном в периоде цветения причинно-значимых растений, выраженность симптоматики поллиноза заметно ослабла. Так, на 10-й день (окончание курса ксимедона) выраженность всех синдромов поллиноза уже была низкой, а на 20-й день таковыми стали и проявления ринита. Особенно заметной эта положительная динамика была непосредственно во время приема пре-

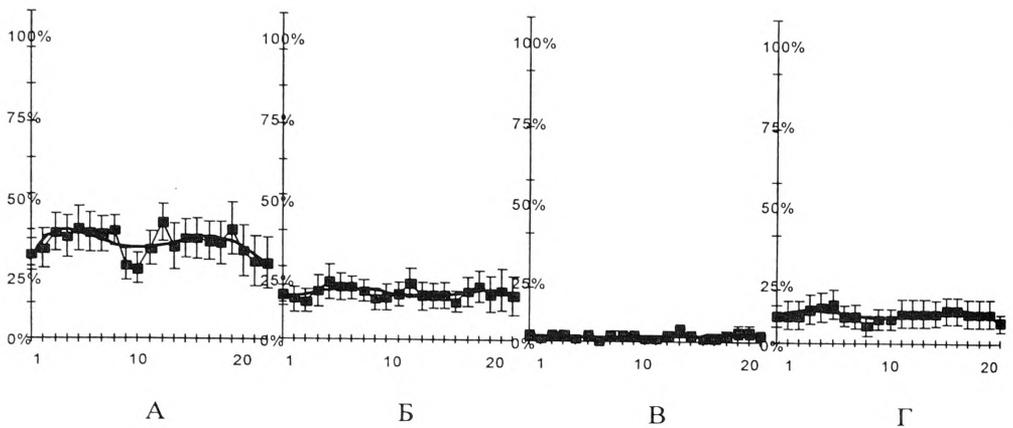


Рис. 2. Динамика основных синдромов поллиноза в период сезонного обострения у больных, получавших предсезонную терапию ксимедоном.

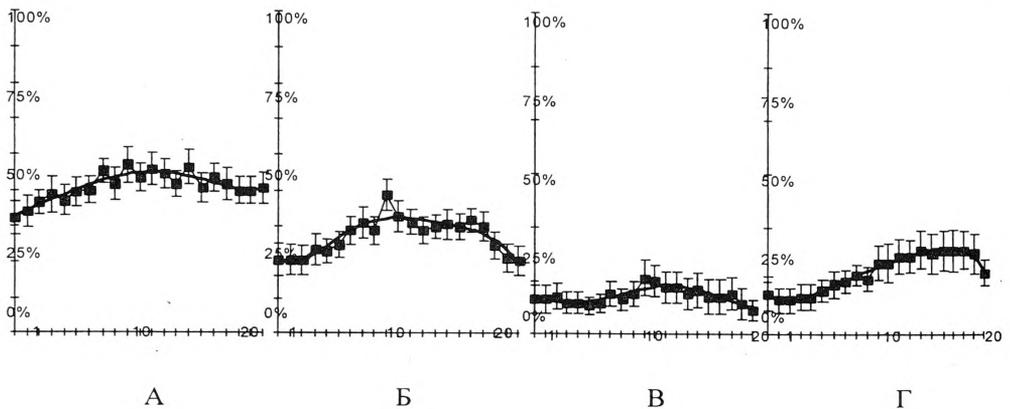


Рис. 3. Динамика основных синдромов поллиноза в период сезонного обострения у больных, получавших предсезонную СИТ.

парата. Следовательно лечение ксимедоном по предложенной схеме эффективно в периоде обострения поллиноза.

Все больные, обследованные в периоде ремиссии (52 чел.), были разделены на 3 группы по варианту проводимой предсезонной терапии. Одна группа наблюдалась на фоне приема ксимедона в периоде сезонного обострения, остальные получали различные варианты предсезонного лечения в периоде ремиссии, а также во время сезонного обострения. Средние величины, отражающие ежедневную выраженность синдромов поллиноза в периоде сезонного обострения у больных данной группы, аппроксимированы регрессионными кривыми (рис. 2).

По диаграммам на рис. 2 можно отметить снижение тяжести всех синдромов поллиноза по отношению к макси-

альному уровню в группе больных, получавших ксимедон предсезонно. Более остальных был выражен ринит. Проявления нижних дыхательных путей были, напротив, минимальными и проявлялись в основном в форме воспалительного синдрома. После отмены ксимедона (на 10-е сутки) обострения заболевания не возникало.

Следовательно, у больных, получавших ксимедон предсезонно и в начале обострения, констатируется значительное снижение тяжести течения поллиноза. Даже такой тяжелый синдром, как бронхоспастический, имел минимальные проявления.

Можно отметить значительное снижение выраженности всех синдромов в периоде сезонного обострения поллиноза у больных, получавших предсезонную СИТ (рис. 3). Ринит и конъюнктивит

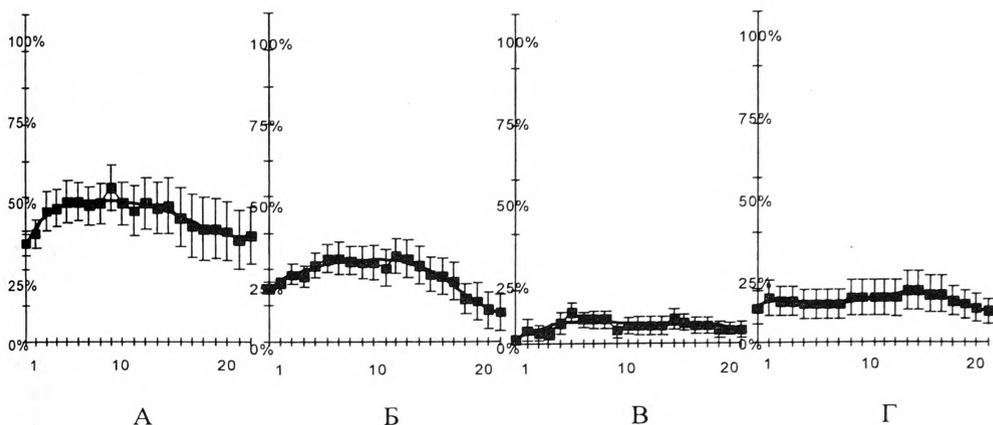


Рис. 4. Динамика основных синдромов поллиноза в периоде сезонного обострения у больных, получавших предсезонную комплексную терапию.

вит даже в разгаре обострения протекали в умеренной форме, а такие синдромы, как бронхоспастический и воспалительный, — вообще легко. Некоторое усиление выраженности воспалительного синдрома к концу периода обострения, возможно, было связано с присоединением неспецифического воспаления.

Больным (17 чел.), получавшим предсезонную СИТ пыльцевыми аллергенами, добавляли ксимедон 3 раза в день по 0,5 за неделю до предполагаемого обострения и предписывали его принимать до 10-го дня обострения (рис. 4). Выраженность синдромов поллиноза в периоде сезонного обострения значительно снизилась. Из всех синдромов в большей мере проявлялся синдром ринита — в разгаре обострения он имел среднюю степень выраженности. Конъюнктивит протекал легко. Поражения нижних дыхательных путей были минимальными (в основном при воспалительном синдроме).

Таким образом, предсезонная комплексная терапия оказалась эффективной, особенно в отношении бронхоспастического и воспалительного синдромов, а также конъюнктивита.

Для оценки достоверности различий в течении сезонного обострения поллиноза при различных системах лечения был проведен дисперсионный анализ. Он

показал, что средний уровень выраженности симптоматики поллиноза в группах с разными системами лечения достоверно различался. Влияние ксимедона на течение обострения поллиноза у больных, получавших его в периоде обострения, было достоверным. Он оказывал выраженное профилактическое действие, повышал эффективность других вариантов предсезонного лечения (СИТ и комплексное лечение) и был весьма результативным в периоде обострения поллиноза.

ЛИТЕРАТУРА

1. Порядин Г.В., Салмаси Ж.М., Макаров А.И. Молекулярные механизмы IgE-опосредованной аллергии. — М., 1996.
2. Пыцкий В.И., Андрианова Н.В., Артомасова А.В. Аллергические заболевания. — М., 1991.

Поступила 15.06.98.

USE OF XIMEDONE IN PATIENTS WITH POLLINOSIS

A.P. Tsubulkin, M.I. Khasanova, V.N. Tsubulkina

Summary

The efficiency of the home-made drug — ximedone in the treatment of patients with pollinosis used preseasonally and early in aggravation is studied. Its more pronounced preventive action in comparison with other variants of preseasonal treatment is established. It is effective in the period of pollinosis aggravation.