

Актуальные вопросы выявления и лечения аллергических заболеваний

Аллергические заболевания на сегодняшний день представляют собой серьезную медико-социальную проблему. Несмотря на появление новых методов диагностики и лечения, данная патология по-прежнему занимает лидирующее место в структуре общей заболеваемости, а количество больных аллергией как среди взрослого, так и среди детского населения, продолжает неуклонно увеличиваться. В борьбе с болезнями аллергического генеза, по мнению специалистов, важным является не только раннее выявление патологий и своевременное назначение терапии, но и проведение профилактической работы еще на догоспитальном этапе. О патогенезе наиболее распространенных аллергических заболеваний, современных методах их диагностики и лечения шла речь на региональной Научно-практической конференции аллергологов Слобожанщины «Актуальные вопросы выявления и лечения аллергических заболеваний», проходившей 12 марта 2014 г. в Харькове. Мероприятие организовано Харьковским национальным медицинским университетом совместно с Департаментом здравоохранения Харьковской областной государственной администрации.



Открыл работу конференции **Анатолий Гольцев**, академик Национальной академии наук (НАН) Украины, директор Института проблем криобиологии и криомедицины НАН Украины. В выступлении он

подробно остановился на молекулярных и клеточных механизмах аллергии. В успешном лечении аллергических заболеваний важно понимание принципа работы иммунной системы, состояния организма в норме и при различной патологии. Докладчик напомнил, что аллергия представляет собой генетически детерминированное состояние, проявляющееся повышенной чувствительностью организма к различным веществам — внешним и внутренним аллергенам и необычными реакциями при контакте с ними. А. Гольцев детально рассказал о пусковом механизме развития аллергических реакций, роли Т-лимфоцитов, базофилов, иммуноглобулинов, дендритных клеток, интерлейкинов (Interleukin — IL), регуляторных Т-клеток в развитии иммуновоспалительного процесса. Различные популяции регуляторных клеток играют центральную роль в обеспечении периферического гомеостаза, а также в становлении контроля над иммунной системой.



Татьяна Бездетко, главный внештатный специалист Департамента здравоохранения Харьковской областной государственной администрации по специальности «Аллергология», профессор кафедры пропедевтики внутренней медицины № 2 и медсестринства Харьковского

национального медицинского университета, рассказала об особенностях оказания аллергологической помощи взрослому населению в Харьковском регионе. Она отметила, что аллергологическая служба в регионе представлена Областным аллерго-иммунологическим центром, размещенным на базе аллергологического отделения КУОЗ «Областная клиническая больница — центр экстренной медицинской помощи и медицины катастроф», где получают помощь больные из районов области. Помощь жителям города Харькова оказывают в Городской клинической больнице № 27, в стационаре которой функционирует 55 коек. В отделения ¼ всех больных поступают в ургентном порядке, что, по словам докладчика, свидетельствует об отсутствии проведения профилактической работы на догоспитальном этапе. В основном пациенты поступают с такими аллергическими заболеваниями, как острая крапивница и бронхиальная астма (БА). Что касается основных показателей заболеваемости по Харьковской области, то в 2013 г. заболеваемость аллергическим ринитом составила 179,9; БА — 37,5; атопическим дерматитом — 24,3 случая на 100 тыс. населения.

Докладчик обратила внимание на вопросы, связанные с уменьшением финансирования на лечение определенных нозологий аллергических заболеваний. Актуальной проблемой остается и реабилитация больных аллергического профиля. Несмотря на то что в настоящее время пациентам предоставляют путевки для прохождения реабилитации в Украинской аллергологической больнице в пгт Солотвино Закарпатской области, большинство из них остаются нереализованными, поскольку врачи первичного звена не направляют туда больных.

Перспективным направлением, по мнению докладчика, является раннее выявление аллергических заболеваний, которое можно достичь путем активной работы врачей первичного звена (при выявлении симптомов аллергических заболеваний обязательно необходимо направ-

лять больного к врачу-аллергологу), проведения скрининга (особенно в сельской местности) и др.

Т. Бездетко также напомнила, что в своей работе аллергологи должны руководствоваться нормативно-правовыми актами, в частности приказом Министерства здравоохранения (МЗ) Украины от 03.07.2006 г. № 432 «Об утверждении протоколов оказания медицинской помощи по специальности «Аллергология», приложением к приказу МЗ Украины от 28.12.2002 г. № 507 «Нормативы оказания медицинской помощи. Вид помощи: «Аллергология» амбулаторный, целевая группа: взрослое население», приказом МЗ Украины от 08.10.2013 г. № 868 «Об утверждении и внедрении медико-технологических документов по стандартизации медицинской помощи больным с бронхиальной астмой», приказом МЗ Украины от 10.03.2004 г. № 122 «О дальнейшем развитии аллергологии в Украине».



Виктория Клименко, заведующая кафедрой пропедевтики педиатрии № 2 Харьковского национального медицинского университета, ознакомила слушателей с основными положениями современного руководства

по ведению больных БА — Глобального атласа астмы (Global Atlas of Asthma). Данный международный документ, содержащий 59 глав, принят на последнем Европейском конгрессе аллергологии и клинической иммунологии в 2013 г. Основные его направления — эпидемиология, факторы риска, механизмы развития БА, коморбидные состояния, современные проблемы, профилактика и контроль заболевания.

Докладчик отметила, что БА представляет серьезную социальную (высокая распространенность заболевания) и экономическую (высокие затраты на лечение)

проблему. Эффективное лечение может быть достигнуто путем только адекватной базисной терапии. Однако в связи с этим возникает много вопросов, в частности относительно правильного проведения базисной терапии, выбора начального препарата, подбора индивидуальной дозы для каждого пациента. Отметим, что в Глобальном атласе астмы не упоминаются новые лекарственные средства или схемы лечения, но среди многообразия базисных препаратов предложено подобрать тот, который будет необходим и эффективен у конкретного больного в зависимости от фенотипа БА.

Выделяют различные фенотипы БА: в зависимости от клинических симптомов, патоморфологии и физиологии, прогноза заболевания, ответа на терапию и др. Среди эндотипов БА наиболее расшифрованным на сегодняшний день является лейкотриеновый механизм, присутствующий на многих этапах развития аллергической реакции; именно им можно активно управлять. Выбор базисной терапии не должен основываться на принципе «One size fits all» («один размер подходит всем», то есть каждому больному подходит свой препарат). Так, при фенотипе БА физической нагрузки, характеризующимся легким течением, ассоциированным с тучными клетками, положительный ответ наблюдают при применении блокаторов IL-9, а при легком, раннем начале, отягощенной аллергической наследственности — ингаляционных стероидов или блокады IL-4/-13. При БА с поздним началом, эозинофильной, при наличии назальных полипов и непереносимости ацетилсалициловой кислоты можно ожидать положительный ответ на применение IL-5.

Именно идентификация основного молекулярного механизма, лежащего в основе эндотипа БА с его последующим блокированием таргетными препаратами, по словам В. Клименко, является основным перспективным направлением совершенствования базисной терапии. В тех же случаях, когда идентифицировать эндотип БА не удается сразу, пробную терапию желательно начать с минимального уровня базисной терапии, который был бы, с одной стороны, эффективен, с другой — имел минимальное количество побочных эффектов. У детей раннего возраста, у которых невозможно подтвердить БА методами параклинического исследования, назначают пробную терапию в течение 6–8 нед для предварительной оценки, а в случае ее эффективности — не менее 3 мес.

Согласно приказу МЗ Украины от 08.10.2013 г. № 868 «Об утверждении и введении в действие медико-технологических документов по стандартизации медицинской помощи больным с бронхиальной астмой», у детей раннего возраста, у которых невозможно подтвердить или исключить диагноз БА, необходимо назначить пробную терапию антагонистами лейкотриеновых рецепторов. В частности монтелукаст является препаратом выбора для терапии *ex juvantibus* при лейкотриеновом эндотипе БА.



О влиянии табакокурения на эффективность базисной терапии БА шла речь в выступлении **Эдуарда Ходоша**, главного внешнего специалиста Департамента охраны здоровья Харьковского городского совета по специальности «Пульмонология», доцента кафедры фтизиатрии и пульмонологии Харьковской медицинской академии последипломного образования, заведующего пульмонологическим отделением Городской клинической больницы № 13. Напомнив слушателям о вреде курения, он отметил, что оно негативно влияет на контроль БА, повышая тяжесть ее течения, и является одним из факторов риска. Практически всегда при формировании и течении БА происходит интеграция внешних (экологическая агрессия) и внутренних (генетическая предрасположенность) факторов. Разнообразие вариантов течения БА определяется различиями вклада внешних и внутренних факторов риска у конкретного индивидуума. Вследствие суммации факторов риска окружающей среды и генетической предрасположенности развивается и поддерживается хронический воспалительный процесс, в который вовлекаются все морфологические структуры бронхов разного калибра, интерстициальная ткань и альвеолы. Локализация воспаления и особенности пусковых факторов определяют специфику патологического процесса, клиническую картину, функции внешнего дыхания, объем лечения, прогноз, трудоспособность.

У курильщиков с БА, как правило, снижена эффективность глюкокортикоидной терапии, имеет место повышение выработки лейкотриенов. Известно, что антагонисты лейкотриеновых рецепторов препятствуют развитию бронхоспазма, уменьшают количество воспалительных клеток в бронхоальвеолярной жидкости,

предупреждают развитие симптомов БА, противодействуют развитию субэпителиального фиброза и гиперплазии гладких мышц бронхов. Их применение позволяет снизить дозировку других препаратов для лечения БА, они эффективны при бронхоспазме, вызванном аллергенами, холодным воздухом, физическими упражнениями, приемом ацетилсалициловой кислоты.

Показано, что у больных БА с длительностью курения <11 лет эффективнее ингаляционные глюкокортикоиды, а у больных, курящих в течение >11 лет — монтелукаст, рекомендованный для контроля БА у данной группы пациентов.



Профессор **Татьяна Осанова**, заведующая кафедрой пропедевтики внутренней медицины № 2 и медсестринства Харьковского национального медицинского университета, отметила,

что в Украине 3–4,5% жителей болеют БА, 1/3 населения имеют избыточную массу тела, а 18% — ожирение. Ожирение способствует возникновению, прогрессированию и плохому контролю БА. У больных с ожирением риск развития БА в 1,5–3 раза выше, чем у лиц нормальной массой тела. Доказано, что ожирение влияет на функцию дыхательных путей, в частности на механику внешнего дыхания, вследствие чего снижается резервный объем выдоха, меняется пластичность гладких мышц и т.д. Кроме того, оно также может быть маркером изменений в питании. Так, низкий уровень употребления фруктов, аскорбиновой кислоты, α -токоферола и β -каротина ассоциирован со снижением уровня форсированной жизненной емкости легких, объема форсированного выдоха за 1 с, повышением уровня иммуноглобулина E и развитием атопии. В то же время низкий уровень употребления омега-3-жирных кислот связан с повышенной распространенностью бронхита, БА. Таким больным



рекомендовано назначение жиров с высоким содержанием линолевой и эйкозапентаеновой кислот, способствующих снижению уровня медиаторов воспаления, ассоциированных с БА.

Т. Оспанова обратила внимание на то, что у больных БА, с избыточной массой тела и ожирением снижается потребление магния с пищей, что, в свою очередь, отягощает течение заболевания и снижает степень его контроля. Результаты ряда многоцентровых исследований показали, что риск госпитализации у больных БА и ожирением в 5 раз выше, чем у больных с нормальной массой тела. Такие пациенты чаще других нуждаются в urgentной помощи, у них большее количество дней нетрудоспособности, они чаще применяют агонисты β_2 -адренорецепторов короткого действия и страдают более тяжелой БА. Необходимо помнить, что высокий индекс массы тела, более старший возраст, женский пол — это факторы, которые независимо ассоциированы с плохим контролем БА.

При сочетании БА и ожирения, наряду с адекватной терапией, необходимо включать в рацион питания больше свежих овощей и фруктов, продуктов, богатых каротином, а также стремиться к уменьшению массы тела.



сказал о новых методах диагностики лекарственной аллергии. Показаниями к предварительному лабораторному обследованию больных на переносимость лекарственных средств являются:

- шок, тяжелая токсикодермия в анамнезе на неизвестный препарат, необходимость в применении лекарственной терапии;
- для обследования детей раннего возраста и взрослых с непереносимостью лекарств, когда кожные пробы недемонстративны или отрицательны на гистамин;
- при обширных поражениях кожи (тяжелая токсикодермия) и необходимости подбора переносимых препаратов;
- на фоне применения антимедиаторных средств, при необходимости введения

потенциально опасных лекарств и медикаментов.

В вышеперечисленных случаях лабораторную диагностику следует применять как дополнительный этап перед проведением различных кожных тестов. Как правило, она направлена на определение специфических иммуноглобулинов в плазме крови, эффекторных клеток (клеток, повреждающихся и реагирующих при взаимодействии с различными аллергенами), метаболитов, которые выделяются из клеток в системе *in vitro* или имеющихся в циркулирующей крови. В продолжение выступления В. Бабаджан рассказал о преимуществах и недостатках каждого из данных методов.

Проведенная конференция вызвала широкую заинтересованность со стороны врачей, подтвердив тем самым, что подобные мероприятия являются важной составляющей непрерывного медицинского образования не только иммунологов, аллергологов, но и врачей общей практики — семейной медицины, а также позволяют улучшить качество оказываемой специализированной медицинской помощи.

*Марина Колесник,
фото автора*

Реферативна інформація

Тонзиллэктомия у взрослых пациентов часто сопровождается развитием осложнений



Исследователи Университетского госпиталя в Филадельфии (University Hospital in Philadelphia), США, определили, что тонзиллэктомия, проведенная в зрелом возрасте, часто сопровождается развитием осложнений. Несмотря на то что последние не представляют угрозы жизни пациентов, они значительно ухудшают самочувствие. Ученые отметили, что осложнения после тонзиллэктомии возникают у каждого пятого пациента, а каждый десятый по этому поводу вынужден обращаться за неотложной помощью.

В ходе данной работы проанализированы данные о 36 210 случаях тонзиллэктомии, проведенных взрослым лицам в период 2002–2007 гг. Исследователи обращали внимание на записи о развитии осложнений (кровотечение, боль, дегидратация, повышение температуры тела), развившиеся спустя 1–4 нед после проведения манипуляции. Через 1 нед после оперативного вмешательства у 15% пациентов отмечали как минимум одно из возможных осложнений, а через 2–4 нед — у 20%. Болевые ощущения были наиболее частой жалобой и наблюдались у 11% участников, кровотечение — у 6%, признаки дегидратации — у 2%, причем достаточный уровень гидратации способствовал снижению риска возникновения осложнений.

Комментируя данную работу, автор исследования доктор Крейг Деркей (Craig Derkay) из Медицинской школы Восточной Вирджинии (Eastern Virginia Medical School), Норфолк, Вирджиния, США, отметил, что полученные результаты указывают на то, что хирурги должны более тщательно подбирать препараты для обезболивания. Кроме того, было бы целесообразно давать более детальные рекомендации о поведении и образе жизни

пациентов после выполнения вмешательства. Доктор К. Деркей подчеркнул, что восстановление состояния здоровья у взрослых происходит не столь быстро, как у детей, а сама резекция осложняется скопившейся рубцовой тканью, которая образовывалась в течение жизни при всех случаях тонзиллита или ангины. Более того, уровень двигательной активности у детей после проведения тонзиллэктомии старательно контролируется их родителями, а взрослые пациенты в большинстве случаев пытаются как можно раньше вернуться на работу.

Профессор Нейл Бхаттасария (Neil Bhattacharya) из Гарвардской медицинской школы (Harvard Medical School) в Бостоне, США, уточнил, что в определенных условиях у людей зрелого возраста нет альтернативы тонзиллэктомии. Он подтвердил, что после такого вмешательства осложнения возникают гораздо чаще, чем после любых других амбулаторных операций, однако частота осложнений, указанная в результатах работы, кажется ему преувеличенной. Так, среди осложнений, которые учитывались при оценке данных, ученые принимали во внимание случаи отита и вывиха шейных позвонков, что может возникать очень редко либо вообще не имеет никакой связи с тонзиллэктомией.

Автор исследования Давид Сканлон (David Scanlon) подчеркнул, что, к сожалению, у группы ученых нет никакой возможности доказать наличие причинно-следственной связи в отношении всех состояний, развившихся после проведения тонзиллэктомии, и они открыто признают некоторую неопределенность полученных результатов. Однако в целом данная работа может быть полезной для специалистов, поскольку, зная о возможных осложнениях, легче контролировать послеоперационное состояние пациентов.

Doyle K. (2014) Complications common for adults after tonsillectomy. Medscape, April 11 (www.medscape.com/viewarticle/823493).

Seshamani M., Vogtmann E., Gatwood J. et al. (2014) Prevalence of complications from adult tonsillectomy and impact on health care expenditures. Otolaryngol. Head Neck Surg., 150(4): 574–581.

Юлия Котикович