

УДК: 616-097 "312"

Н.Г. ГОРОВЕНКО

АЛЕРГІЯ І СУСПІЛЬСТВО В ТРЕТЬОМУ ТИСЯЧОЛІТТІ: ПРОБЛЕМИ І ПЕРСПЕКТИВИ ЇХ ВИРІШЕННЯ

Київська медична академія післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика

На конгресі Європейської Академії алергології та клінічної імунології (EAACI) у 1999 році президент EAACI професор С. Боніні від імені цієї організації, а також Європейської федерації асоціацій астми та алергії, Інституту алергії наголосив на необхідності привернення політичної уваги до епідемії нового тисячоліття — алергічних захворювань [1]. Так, матеріали щодо медичного, соціо-економічного значення алергічних захворювань, від яких страждають мільйони громадян, та програма заходів по попередженню зростання цієї патології були представлені на розгляд Європейського парламенту та Європейської комісії, в багатьох країнах створені національні програми. Проблема алергії вже давно вийшла за межі суто медичної і потребує серйозної уваги з боку всього суспільства у зв'язку з широкою розповсюдженістю, неухильним ростом кількості хворих, особливо в розвинених країнах, високим рівнем тимчасової та стійкої непрацездатності, зниженням якості життя пацієнтів. З іншого боку, суспільство має пряме відношення до збільшення кількості речовин — активних алергенів, поява яких прямо чи опосередковано пов'язана саме з діяльністю людини.

Слід зазначити, що складність проблеми алергічних захворювань полягає в одночасному існуванні як чітких нозологічних форм з ураженням певних органів (бронхіальна астма, алергічний риніт, атопічний дерматит, тощо), так і універсальних змін в різних органах і системах у відповідь на дію певного алергену. Навіть дефініція "алергії" відображає цю складність, характеризуючи, з одного боку, гіперчутливість організму до певних чинників ("винних" алергенів) з розшифрованими імунологічними механізмами, а з іншого боку — інтолерантність різного ступеню до різноманітних факторів середовища з невизначеними механізмами [2]. Тобто, у розвитку алергії завжди приймають участь внутрішні фактори (атопія, схильність до розвитку IgE-опосередкованих реакцій, що розповсюджена у 30–40 % населення розвинених країн з тенденцією до зростання) та зовнішні фактори (алергени різного походження). Саме на кількісний і якісний склад зовнішніх факторів, точніше на рівень алергенного навантаження, суспільство може і повинно впливати більш активно.

Будь-який епідемічний процес має загальні закономірності і характерні особливості, розуміння яких допомагає суспільству контролювати епідемію та впливати на неї. Епідемія алергічних захворювань, як і інші, передбачає поділ суспільства на 2 групи — здорових і хворих. Зусилля суспільства по відношенню до цих груп різні: у здорових — запобігати захворюванню, шляхом виявлення контингентів зі схильністю до розвитку алер-

гічних реакцій та попередження контактів з алергенами, у хворих на алергію — обмежити навантаження "винними" алергенами та потенційно небезпечними чинниками, створити умови для мінімізації патологічних змін в організмі (рання діагностика, ефективне лікування), підвищення якості життя кожного пацієнта.

У третє тисячоліття Україна вступила з великою когортю хворих на алергію, що мають серйозні проблеми, які вони не взмозі вирішити самотужки без допомоги суспільства. В останні роки Україна чітко означила напрямок свого розвитку, як держави з цивілізованим суспільством, що, в першу чергу, означає пріоритет інтересів кожного громадянина з забезпеченням та реалізацією всіх його прав. В цьому сенсі можна, і потрібно окремо говорити про права пацієнта з алергією, які формуються у зв'язку з існуванням у цих осіб специфічних потреб. Забезпечення прав хворого на алергію, на наш погляд, має два напрямки: медичний (контроль за хворобою, яка вже з'явилась) та соціальний (контроль за середовищем, де перебуває хворий).

Контроль за хворобою. Можливості ефективного лікування алергічних захворювань і підтримання високого рівня здоров'я у хворого в сучасних умовах постійно підвищуються, що обумовлено як розробкою нових фармакологічних засобів, так і складанням найбільш раціональних протоколів лікування. При цьому результат лікування залежить від точності діагностики; строків початку лікування (бажано зменшити інтервал між появою перших симптомів і встановленням діагнозу алергологом, в цьому процесі роль лікаря першого контакту та його обізнаність мають першочергове значення); адекватності терапії, що проводиться, наявності захворюванню (діагнозу); достатності лікування за переліком і дозою; ступеню комплайенсу, який залежить від майстерності лікаря, обізнаності та інформованості пацієнта, доступності та простоти виконання рекомендованих заходів.

Перераховані умови будуть виконані лише при забезпеченні суспільством:

- права хворих на рівні умови в діагностиці, лікуванні, інформованості, незалежно від місця проживання (географічного положення місця проживання, місто-село, ступінь розвитку країни проживання), соціо-економічного стану пацієнта;

- гарантій зі сторони держави впровадження сучасних діагностичних та лікувальних методів, останніх досягнень техніки та фармакології;

- гарантій зі сторони держави безпечності діагностичних та лікувальних заходів, які застосовуються в медичних закладах будь-якої форми власності і підпорядкування,

- хороших систем охорони здоров'я в країні.

© Горовенко Н.Г., 2002

В процесі контролю хвороби, безумовно, провідну роль відіграють лікар і пацієнт при забезпеченні перерахованих умов суспільством. Але навіть хороший контроль за хворобою не гарантує нормального життя пацієнту з алергічним захворюванням, тому що середовище відіграє значну, а інколи і провідну роль в підтриманні або зміні якості життя пацієнта.

Контроль за середовищем. Ступінь негативного впливу будь-якого фактору на якість життя хворого на алергію можна оцінити через обмеження:

- звичного стилю життя;
- професійної діяльності або навчання;
- повноцінності відпочинку (порушення сну при свербіжі, приступах ядухи, тощо);
- усталених сімейних відносин;
- можливості безперешкодного перебування в товаристстві однолітків (неприятне відношення до осіб, що кашляють чи мають тяжкі ураження шкіри).

Звичайно, перераховані обмеження не виникнуть, якщо повністю виключити вплив алергенів на пацієнта ("немає алергенів — немає алергії"). Але подібні умови можна створити лише штучно і за дуже великі гроші: помістити пацієнта в скафандр, або кімнату з повною очисткою та контролем за повітрям, з штучно приготовленою їжею і повною відсутністю алергенів в одязі (або відсутністю самого одягу).

Вплив середовища дуже тісно пов'язаний зі шляхами проникнення алергену в організм: через дихальну систему, шлунково-кишковий тракт, кон'юнктивну очей, шкіру та парентерально. Саме таким шляхом потрапляють в організм людини практично всі алергени.

Респіраторні алергени. Визначальним повинно бути право людини дихати повітрям без алергенів (з мінімальною їх кількістю).

З аероалергенами хворий може контактувати всередині приміщення та поза ним.

Сучасне приміщення будується з використанням штучних матеріалів з набагато кращими, ніж у природних, споживчими властивостями стійкості, надійності, довговічності, естетичності (ДВП, ДСП, лако-фарбові вироби, пластмаси, плівки, труби, тощо), але, нажалі, і значно більшим алергізуючим впливом. Наші закордонні колеги ставлять питання про необхідність будівництва (і це вже роблять) гіпоалергенних будинків, квартир, класів, приміщень для офісів, місць відпочинку, де повинні жити, навчатись і працювати хворі на алергію.

Дотримання чистоти приміщень, одягу, взуття з використанням сильнодіючих хімічних речовин призводить, на думку багатьох авторів, по-перше, до підвищення концентрації алергенів штучного походження, по-друге, до зниження природного антигенного навантаження в ранньому дитячому віці, що сприяє формуванню збоченої імунної відповіді з переважанням T_2 хелперів над T_1 . Такий варіант суттєво збільшує ризик появи патологічної алергічної реакції на дію звичайних чинників середовища, атопії. Наведені дані неодноразово підтверджувались роботами зарубіжних авторів і одержали назву "гігієнічної гіпотези", "західної гігієни" [3, 4, 5].

Іншими джерелами аероалергенів в помешканні вважаються домашні тварини — коти, собаки та їх шерсть

чи лупа, домашній пил, зокрема кліщ домашнього пилу, побутові хімічні аерозолі [6, 7]. Останні застосовуються для різних цілей і містять різні складові: від ароматичних речовин до отрутохімікатів. В деяких випадках особам, що страждають на алергію, слід визначитись в пріоритетах — здоров'я чи комфорт (приємний запах в кімнаті). Не слід забувати і про безпосередній та опосередкований шкідливий вплив тютюнового диму при активному та пасивному курінні на осіб усіх вікових груп і, особливо, дітей раннього віку та в пренатальному періоді.

Поза приміщенням найчастіше алергеном виступає пилок рослин, хоча цей підхід має відносну цінність — при цвітінні дерев, квіток, трави, тощо, пилок рослин знаходять не лише в повітрі на вулиці, в полі, у лісі, але і всередині приміщень. Пилкові алергени роблять великий внесок в розвиток алергій у будь-якому місті земної кулі. Особливу увагу варто звернути на те, що в певних регіонах України розповсюдженими є дики трави, які мають значну агресивність по відношенню до розвитку алергічних реакцій (амброзія, тимофіївка, м'ятлик, тощо). Частота пилкової алергії в цих регіонах вища, ніж в інших. В Україні набирає розмаху кампанія по витісненню дикоростучих трав типу амброзії культурними газонними сортовими травами. З усіх позицій такий процес слід визнати корисним. Але, незважаючи на дуже хороші теоретичні обґрунтування широкого застосування газонних трав, є серйозна небезпека одержання зворотнього ефекту: по композиційному складу переважна більшість сумішей містить трави з високоалергенним ефектом пилку (райграс, м'ятлик, тощо). Мотивацією безпечності газонних трав є те, що вони практично не квітнуть, бо їх регулярно підстригають. Однак, в умовах дефіциту матеріального забезпечення комунальних та приватних господарств, або при безвідповідальному, халатному відношенню, необхідна підрізка може проводитись не належним чином і часто-густо на трав'яних газонах з'являються квіти (колос). Це означає, що алергенне навантаження на хворих не зменшується, а в деяких випадках навіть збільшується.

Харчові алергени. Незважаючи на велике бажання надати право хворим на алергію вживати продукти харчування без алергенів, цього теж неможливо досягти. По-перше, особливості будови стінки кишківника передбачають можливість навіть при фізіологічному перебігу процесів всмоктування надходження в кров до 10% білка в незміненому вигляді (тобто потенційного антигену) [8]. По-друге, в природних продуктах в сучасному світі не лише не зменшується кількість речовин з властивостями алергену, але й збільшується. Останнє обумовлене зникненням традиційних режимів харчування (для України нехарактерним є вживання продуктів довготривалого зберігання шляхом глибокого заморожування чи консервування), введенням в раціон більшості людей нових за антигенним складом продуктів (для України це цитрусові, банани, ківі, арахіс, бразильський горіх і багато інших високоалергенних продуктів), зміна сирих продуктів на кулінарно оброблені і навпаки. По-третє, з'явилась величезна кількість нових речовин, які ніколи не потрапляли до їжі, в сировину для харчової промисловості — в

рослинну (пестициди, гербіциди, інсектициди, добрива, і т.д.), — в тваринну (харчові добавки, біостимулятори, гормони, антибіотики). Безпосередньо в процесі приготування продукту потрапляють харчові добавки, кількість і якість яких суворо регламентовані нормативними документами, проте при порушеннях закону можуть потрапляти заборонені речовини (контрабандні продукти), або речовини в перевищених концентраціях. Окремого обговорення потребує вживання в їжу генетично модифікованих продуктів, заключного рішення про розміри можливих позитивних і негативних наслідків яких ще немає.

Перераховано далеко не всі фактори, що сприяють потраплянню алергену через шлунково-кишковий тракт. Але й вони показують, що для суспільства залишається більше невирішених проблем попередження зростання частоти харчової алергії.

Шкіра як орган, який серед інших виконує і резорбтивну функцію, відіграє велику роль в сприйнятті алергенів доквілля. Крім аероалергенів, які можуть потрапити і через шкіру, є окремі групи алергенів, що проникають контактним шляхом. В першу чергу це здобутки цивілізації — одяг, особливо той, що містить синтетичні речовини, засоби догляду за шкірою, які містять продукти рослинного і тваринного походження з алергенними властивостями, синтетичні речовини, фарбники, ті, що надають запах. Окремо слід виділити вироби з латексу — природного каучуку. Латекс-алергія має розповсюдження у близько 1% популяції, а головне для цього виду алергії характерні перехресні реакції, що створює нову проблему: виникнення алергічної реакції при контакті не з "причинним, винним" алергеном, а зовсім з іншим, для якого існують спільні механізми розвитку алергічних реакцій.

Спеціального розгляду вимагають умови, в яких проходить контакт пацієнта з алергеном — при виконанні професійних обов'язків, чи в побуті. Суспільство все більше усвідомлює необхідність робити все можливе для кожного працюючого громадянина з метою зменшення ризику захворіти через свою професійну діяльність. Алергічні захворювання займають значне місце серед профпатології, а перелік професій, загрозливих по виникненню бронхіальної астми, atopічного дерматиту, алергічного риніту і т.д. значний як кількісно, так і по найменуванням — від перукаря і пекаря, до військового і зубного лікаря [9, 10]. Безумовно, при вирішенні проблеми профілактики професійних алергічних захворювань суспільство повинно вирішити дві основні задачі: створення детального паспорту кожної професії з повним (!) переліком професійних шкідливостей, з якими може контактувати працівник і виявлення гено-фенотипічних особливостей претендента, які можуть реалізуватись в професійне захворювання. Від повноти регламен-

туючих документів і обсягу обстеження претендента буде залежати подальша доля великої кількості людей.

Таким чином, наведені матеріали свідчать про реальну можливість призупинення розвитку епідемії алергічних захворювань в новому тисячолітті, але лише при умові активних зусиль зі сторони суспільства в цілому, і держави, зокрема.

Залишилось відкритим питання про перспективи збереження здоров'я іншої частини суспільства — громадян, які не страждають на алергічні захворювання, та діти, які ще не народились. Тобто, чи можлива профілактика алергічних захворювань? На наш погляд, відповідь може бути ствердною. Для втілення профілактичної стратегії необхідно створити Національну програму боротьби з алергічними захворюваннями, у якій розділ по профілактиці алергічних захворювань забезпечувався би наступними напрямками роботи:

- мінімізація алергенного навантаження на кожного громадянина України;
- проведення прекоцепційної та пренатальної профілактики алергічних захворювань;
- підтримка грудного вигодовування, як дійового фактору запобігання виникнення алергії;
- розробка науково-обґрунтованої системи застосування пробіотиків в різних вікових, професійних та інших групах з урахуванням супутньої патології,
- перегляд і наукове обґрунтування дозування антигенної інтервенції в різних вікових групах.

ЛІТЕРАТУРА

1. *Bonini S.* Editorial / EAACI Newsletter. — Brussels, July, 1999. — P. 3.
2. *Krishna M.T., Mavrolean G., Holgate S.T.* Essential of allergy // London: Martin Dunitz, 2000. — 198 p.
3. *Strachan D.P.* Family size, infection and atopy: the first decade of "hygiene hypothesis" // J. Allergy Clin. Immunol. — 1999. — Vol. 104. — P. 554–558..
4. *Children at risk for asthma: home allergen levels, lymphocyte proliferation, and wheeze / Finn P., Boudreau J., He H. et al.* // J. Allergy Clin. Immunol. — 2000. — Vol. 105. — P. 933–942.
5. *Sensitisation, asthma, and a modified Th₂ response in children to cat allergen: a population-based cross-sectional study / Platts-Mills T., Vaughan J., Squillace S. et al.* // Lancet. — 2001. — Vol. 367. — P. 752–756.
6. *Apelberg B.J., Aoki Y., Jaakkola J.J.K.* Exposure to pets and risk of asthma and asthma-like syndrome // J. Allergy Clin. Immunol. — 2001. — Vol. 107. — P. 455–460.
7. *Schei M.A., Hessen J.O., Lund E.* House-dust mites and mattresses // Allergy. — 2002. — Vol. 57. — P. 538–542.
8. *Molckhou P.* Food allergies: Present and future problems / Brussels: The UCB Institute of Allergy, 2000. — 110 p.
9. *Sarlo K., Kirchner D.* Occupational asthma and allergy in the detergent industry // Cur. Opin. Aller. Clin. Immunol. — 2002. — Vol. 2. — P. 97–102.
10. *Lindstrum M., Alanko K., Keskinen H.* Dentist's occupational asthma, phinoconjunctivitis and allergic contact dermatitis from methacrylates // Allergy. — 2002. — Vol. 57. — P. 543–545.