

И. В. Гогунская, О. А. Наумова, Т. Ю. Холоденко

НОВЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ АЛЛЕРГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ВЕРХНИХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ

ГУ "Институт отоларингологии им. проф. А. И. Коломийченко НАМН Украины"

По данным ВОЗ, распространенность сезонного аллергического ринита среди населения разных стран мира колеблется от 1 до 40 %, круглогодичного — от 1 до 18 %. Аллергический ринит является одной из наиболее распространенных болезней среди детей до 18 лет. В целом в мире насчитывается около 500 млн людей, страдающих данной патологией. В Украине распространенность АР среди взрослых составляет примерно 25 %, что соответствует показателям экономически развитых стран.

Аллергический ринит — это заболевание, вызванное IgE-опосредованным воспалением слизистой оболочки полости носа, околоносовых пазух и иногда конъюнктивы глаза в ответ на воздействие аллергена. Оно проявляется заложенностью и зудом в полости носа, ринореей, чиханием; во многих случаях также отмечаются слезотечение, покраснение и зуд в глазах.

Аллергены — это антигены, способные вызывать сенсибилизацию организма и участвовать в развитии реакций гиперчувствительности I типа.

Структурной характеристикой каждого аллергена является наличие специфических последовательностей, которые называются антигенными детерминантами. Полноценный антиген должен иметь как минимум две антигенные детерминанты. Антигенные детерминанты распознаются В-лимфоцитами, которые начинают дифференцироваться и вырабатывать IgE под действием активированных Т-лимфоцитов. Следует отметить, что для возникновения реакции гиперчувствительности первого типа достаточно небольшого количества антигена.

Большинство естественных аллергенов имеют молекулярную массу в пределах 10–70 кДа. Антигены с меньшей молекулярной массой (неполные антигены или гаптены) становятся иммуногенными только после образования комплекса с тканевыми или сывороточными белками-носителями. Полный аллерген включает в себя белок-носитель и детерминантную группу, может индуцировать образование антител и взаимодействовать с ними. Гаптен связывается с IgE в силу структурного подобия полному аллергену и способен вызывать клинически проявления уже при первом контакте.

После иммунологической стадии аллергической реакции наступают патохимическая и патофизиологическая, в результате чего происходит высвобождение медиаторов аллергии. Гистамин вызывает расширение сосудов и повышает их проницаемость, что приводит к блокаде носового дыхания, усиливает секреторную функцию желез, провоцирует появление слизистых выделений из полости носа, стимулирует афферентные волокна, что вызывает зуд и чихание. Стимуляция гистамином аффе-

рентных нервных волокон может усилить аксонный рефлекс с местным высвобождением нейропептидов, которые, в свою очередь, вызывают дегрануляцию тучных клеток, формируют повышенную чувствительность верхних и нижних дыхательных путей к действию специфических и неспецифических факторов.

Аллергены подразделяются на эндо- и экзогенные, к последним можно отнести антигены инфекционной (микроорганизмы) и неинфекционной природы (бытовые, промышленные, лекарственные, пыльцевые).

Список основных аллергенов в разных странах не одинаков, и связано это не только с климатической зоной, в которой находится то или иное государство, но и с промышленным развитием страны, традициями питания и многими другими, зачастую уникальными факторами.

По данным ряда отечественных исследователей, более чем у 50 % больных аллергией установление точного диагноза и назначение эффективного лечения приходится на 2–3-й год с момента проявления первых симптомов, тогда как число заболеваний, диагностированных в течение первого года, не превышает 20 % от общего количества вновь выявленных случаев АЗ.

Поэтому основными задачами лабораторной алергодиагностики можно считать следующие:

- ранняя диагностика факта наличия аллергии как заболевания и основных аллергенов, спровоцировавших ее развитие; решение этой задачи позволит снизить число запущенных случаев заболевания, в том числе тех, когда к первоначальным эффекторам присоединились новые компоненты из числа родственных аллергенов;
- дифференциальная диагностика аллергических и сходных с ними по симптоматике и лабораторной картине заболеваний не аллергической природы, что позволит максимально повысить эффективность лечения;
- оптимизация методов выявления специфических аллергенов, приведших к развитию патологии и разработка методов нейтрализации их воздействия (определение возможных перекрестных реакций, рекомендации по ведению больного);
- мониторинг больных аллергией для оценки эффективности и возможной коррекции проводимого лечения.

Сегодня в стандарты диагностики аллергии входит алерготестирование, которое является необходимым условием для:

- специфического лечения аллергии (элиминация аллергена, соответствующая фармакотерапия, АСИТ);
- устранения факторов риска контакта с аллергеном;
- оценки прогноза эффективности лечения;
- ранней идентификации детей с повышенным риском аллергической патологии.

Аллерготестирование должны пройти лица с бронхиальной астмой, подозрением на аллергический ринит, пищевую аллергию; особенно это актуально в случае острой симптоматики, персистирующего или рецидивирующего течения болезни, при необходимости профилактической терапии.

Алгоритм диагностики: изучение анамнеза и истории болезни → кожные тесты → тестирование на наличие специфических IgE → провокационные тесты. При этом менять этапность исследований нецелесообразно, а подчас и опасно.

Необходимо отметить, что определение уровня общего IgE давно уже утратило свое значение в диагностике аллергии: согласно статистике, почти у 50 % пациентов с аллергическими заболеваниями уровень данного показателя находится в пределах нормы при повышении концентраций специфических IgE. Кроме того, увеличение уровня общего IgE отмечается при ряде других заболеваний (гельминтозы, аутоиммунная патология и др.).

Что касается лечения АР, в качестве его первоочередных задач рассматривают:

- контроль симптомов;
- профилактику осложнений;
- устранение ограничений повседневной и физической активности;
- минимизацию влияния симптомов на работоспособность и обучение;
- профилактику бронхиальной астмы;
- снижение риска возможных НР.

Основой лечения АР должны стать элиминационные мероприятия, направленные на исключение контакта с аллергеном. Далее рекомендуется осуществлять ступенчатую терапию согласно европейскому документу ARIA. Важную роль в фармакотерапии АР играют препараты для местного использования — интраназальные кортикостероиды и антигистаминные средства. Очень удобной является комбинация мометазона фууроата и азеластина в виде спрея Гленспрей с азеластином. Быстрый эффект антигистаминного средства и мощное противоаллергическое действие ИКС обеспечивают надежную защиту от симптомов АР и способствуют высокому комплаенсу. Максимальная эффективность ИКС наблюдается через несколько дней после начала приема, что существенно влияет на приверженность пациентов, желающих как можно быстрее избавиться от раздражающих симптомов, к выполнению назначений. Азеластин, входящий в состав Гленспрея с азеластином, как раз обеспечивает необходимую скорость наступления эффекта, в результате чего его работа в дуэте с мометазона фууроатом является весьма перспективной стратегией лечения АР.

Результаты рандомизированного сравнительного исследования с участием 533 пациентов показывают, что Гленспрей с азеластином (мометазон + азеластин назальный спрей, Гленмарк), применяемый по 1 впрыскиванию в каждую половину носа 2 раза в день при сезонном аллергическом рините, безопасен, хорошо переносится и достоверно превосходит по эффективности/качеству жизни пациентов монотерапию спреем мометазона или спреем азеластина за аналогичный период.