

Виклики алергії сьогоденню: чи є чим відповісти сучасній алергології?

Алергія – це неминуча плата за блага цивілізації.
К. Ішізакі (1973)



V.V. Чоп'як

Поширеність алергопатології за останні десять років збільшилася приблизно втричі, а більшість методів сучасної терапії і досі є лише симптоматичними. Отже, подальше вивчення етіопатогенезу алергічних захворювань, розробка методів їх ранньої специфічної діагностики та профілактики, а також удосконалення підходів до лікування є як ніколи актуальними для сучасної медицини. Якими ж новими відкриттями та досягненнями за останні роки може похвалитись алергологія? Які завдання є найбільш пріоритетними для вітчизняної служби? Відповіді на ці запитання змогли отримати учасники науково-практичної конференції «Харчова алергія – проблема XXI століття», що відбулася наприкінці минулого року у м. Львові, із доповіді головного позаштатного спеціаліста МОЗ України зі спеціальності «Алергологія, імунологія, клінічна імунологія, лабораторна імунологія», завідувача кафедри клінічної імунології та алергології Львівського національного медичного університету ім. Данила Галицького, доктора медичних наук, професора Валентини Володимирівни Чоп'як.

Епігенетичні та генетичні чинники алергії

Добре відомо, що ризик розвитку алергічних захворювань збільшується за наявності алергії в родинному анамнезі. Однак твердження про суттєву роль генетичних факторів у розвитку алергії є досить сумнівним. Згідно з даними багатьох дослідників у 70% дітей з алергією відсутня алергічна патологія в сімейному анамнезі, у 25% один з батьків має алергічне захворювання й лише у 5% – обое батьків.

Останнім часом з'являється все більше інформації про те, що значно більшу роль у розвитку алергічних хвороб можуть відігравати екзогенні та ендогенні епігенетичні чинники. Зокрема, доведено вплив імуноотропних вірусів, паразитів, грибків, бактерій на ризик розвитку IgE-залежних алергічних захворювань.

Епігенетичну основу має й «гігієнічна теорія», в основу якої покладений дисбаланс субпопуляцій Т-хелперів. Вивчення факторів, що стимулюють диференціювання Th0-лімфоцитів в Th1 та активації Th3-лімфоцитів (регуляторних), є перспективним напрямом пошуку нових способів профілактики та лікування алергічних захворювань.

Є також дані про те, що вплив на ризик розвитку та перебіг алергопатології можуть чинити також статеві гормони. Зокрема виявлено, що естроген сприяє більш вираженим проявам анафілаксії, оскільки впливає на тромбоцити, стимулюючи тим самим продукцію низки ферментів, які виступають в ролі провокаторів анафілаксії. Тестостерон діє на нейтрофіли, які продукують ензими, що викликають свербіж та почервоіння.

Нове у лікуванні алергічних захворювань

Серед пріоритетних й перспективних напрямів розвитку терапії алергічних захворювань можна виділити такі:

- терапія моноклональними антитілами;
- алергенспецифічна імунотерапія;
- бактеріальна імунотерапія;
- доказова фармакотерапія.

Поглиблене вивчення молекулярних механізмів розвитку алергії дозволяє визначити нові терапевтичні мішені, впливати на які можна у першу чергу за допомогою моноклональних антитіл. Алергологам добре відомий препарат омалізумаб, що представляє собою антитіла до IgE, але цим можливості таргетної терапії при алергічних захворюваннях не вичерпуються, й науковий пошук триває.

Вдосконалюється й такий напрям лікування, як алергенспецифічна імунотерапія (АСІТ), механізм дії якої ґрунтується на індукції імунної девіації за допомогою введення алергенів. Сублінгвальна

імунотерапія є більш безпечною, ніж парентеральна. А серед відносно нових підходів АСІТ слід згадати використання алергоїдів – хімічно модифікованих алергенів, що дозволяє суттєво підвищити безпеку лікування.

Щодо традиційних лікарських засобів лікування алергічних захворювань, зокрема антигістамінних препаратів, зусилля розробників зосереджені на покращенні профілю їх безпеки (в першу чергу зменшення седативного ефекту) та підвищення ефективності. При проведенні клінічних досліджень все більша увага приділяється впливу фармакотерапії на якість життя, адже саме цей показник найбільше погіршується при алергопатології через нерідко дуже неприємні й виснажуючі симптоми.

Антигістамінні препарати традиційно поділяють на 2-3 покоління. Найбільш старі препарати (мебгідролін, фенірамін, хлоропірамін тощо) мають виражений клінічний ефект, але й характеризуються значною седативною дією, що обмежує їх широке використання. Препарати другого покоління називають неседативними. До них відносять цетиризин, лоратадин, ебастин та ін. Третє покоління антигістамінних засобів представлене активними метаболітами препаратів II покоління та терапевтично активними енантіомерами (левоцетиризин, фексофенадин, дезлоратадин тощо). Вони проявляють найвищу антигістамінну активність, більш суттєво покращують якість життя і при цьому позбавлені не тільки седативного ефекту, але й притаманної препаратам II покоління кардіотоксичної дії, а отже більш безпечні при тривалому застосуванні.

Низка клінічних та експериментальних досліджень останніх років показують, що з препаратів третього покоління левоцетиризин має дещо вищу ефективність порівняно з дезлоратадином. Так, S. Vulsa та співавт. (2013) провели оцінку ефективності одноразової пероральної дози дезлоратадину і левоцетиризину щодо їх впливу на запальну реакцію, індуквану гістаміном. 80 здорових добровольців було рандомізовано на чотири групи для подвійної сліпої терапії дезлоратадином 5 і 10 мг і левоцетиризином 5 і 10 мг. Дослідження проводили безпосередньо перед прийомом антигістамінних препаратів (базовий рівень), а потім через 30 та 60 хв, 4 і 24 години. Було встановлено, що окрім реакції на 30-й хвилині левоцетиризин 5 і 10 мг більш суттєво пригнічував запальну реакцію, ніж дезлоратадин 5 і 10 мг. Істотних відмінностей між групами дезлоратадину 5 і 10 мг у всіх періодах спостереження відмічено не було. У той же час левоцетиризин в дозі 10 мг пригнічував запальну реакцію більше, ніж в дозі 5 мг.

M. Staevska та співавт. (2010) провели подвійне сліпе дослідження, в якому пролікували 80 пацієнтів з хронічною

кропив'янкою левоцетиризином і дезлоратадином. Терапія починалася в звичайній добовій дозі 5 мг з подальшим збільшенням за необхідності до 10-20 мг на добу, якщо зменшення вираженості симптомів було недостатнім (оцінювали свербіж, пухирі, якість життя, сонливість, дискомфорт). Цікаво, що збільшення дози антигістамінних препаратів зменшувало симптоми захворювання та покращувало якість життя, але не збільшувало сонливості. Дискомфорт, викликаний хронічною кропив'янкою, зменшився в групі левоцетиризину на 52% (5 мг), 65% (10 мг) і 74% (20 мг) і відповідно на 41, 56 і 63% у тих же дозах при використанні дезлоратадину. Загальне поліпшення в групі левоцетиризину було значно більшим, ніж у групі дезлоратадину (p<0,003).

Ще одним перспективним напрямом лікування алергічних захворювань вважається бактеріальна імунотерапія. Давно відомо, що мікрофлора кишечника має низку важливих функцій в нашому організмі, й зокрема може захищати від алергопатології. У дослідженні Kalliomaki та співавт. (2001) було встановлено, що серед пацієнтів, які отримували пробіотик, через 2 роки 23% захворіли на atopічну екзему, тоді як у контрольній групі вдвічі більше (46%). Через 4 роки спостерігалось таке саме співвідношення.

Алергологічна та імунологічна служба в Україні: актуальні проблеми та шляхи вирішення

За останні 3 роки в нашій країні спостерігається суттєве скорочення кількості алергологів та імунологів. Загальна кількість алергологів – лише 347 лікарів, що становить 0,9 на 100 тис. населення. У той же час за рекомендаціями ВООЗ їх повинно бути 1,17 на 100 тис. населення. Імунологи та алергологи частіше за все не мають спеціалізації за суміжною спеціальністю, тому не можуть повноцінно замінити один одного. Близько 30% алергологів та 18% імунологів пенсійного віку, але сучасні виклики алергії потребують постійного інтенсивного навчання для надання якісних послуг населенню України, що не просто для людей похилого віку. Також має місце неефективний розподіл ліжок та їх використання.

Для вирішення цих нагальних проблем необхідно:

- розробити Державну програму розвитку алергологічної та імунологічної служби;
- збільшити кількість спеціалістів в умовах зростання захворюваності згідно з рекомендаціями ВООЗ;
- ввести нові навчальні цикли для лікарів і розширити навчання для сімейних лікарів та лікарів суміжних спеціальностей;
- в умовах реформи оптимізувати використання ліжкового фонду;
- розробити національні клінічні настанови, протоколи та стандарти.

Серед першочергових клінічних завдань, що дозволять підвищити якість надання медичної допомоги хворим з алергопатологією, слід згадати більш широке впровадження молекулярної діагностики алергії, алергоспецифічної імунотерапії алергоїдами тощо.

Новини АСААІ-2015

Одним з останніх алергологічних форумів міжнародного масштабу, де обговорювалися найновіші досягнення галузі, була 72-а щорічна зустріч Американської колегії з вивчення алергії, астми і імунології (American College of Allergy, Asthma and Immunology), що проходила в листопаді в Сан-Антоніо (США).

Однією з найбільш обговорюваних тем на цій конференції була алергія на ліки, зокрема на аспірин та антибіотики. Наприклад, у США 10% людей мають запис про алергію на пеніцилін, а 12,5% хворих на бронхіальну астму – на аспірин, що спонукає лікарів використовувати більш дорогі й не завжди безпечні альтернативні ліки. Але вчені встановили, що не завжди посилення на алергію в анамнезі свідчить про її наявність на теперішній час. У значній кількості осіб діагноз медикаментозної алергії встановлено помилково, наприклад у зв'язку з хворобами шлунково-кишкового тракту. Отже, консультація алерголога й проведення нескладних алергологічних тестів можуть скоротити використання більш дорогих та небезпечних лікарських засобів.

Ще одне цікаве дослідження показало, що звернення за невідкладною допомогою з приводу загострення бронхіальної астми підвищують ризик таких звернень у подальшому. Так, ризик звернень за невідкладною допомогою збільшується з 30% за наявності одного звернення в анамнезі до 87% при п'яти і більше. Але справа тут не у шкідливості лікування у відділеннях інтенсивної терапії. Просто ті пацієнти, що не спостерігаються у алерголога, не отримують адекватної базисної терапії та, відповідно, гірше контролюють своє захворювання, частіше потребують невідкладного лікування. Потрапивши у відділення інтенсивної терапії один раз, вони рано чи пізно без корекції базисної терапії знову будуть госпіталізовані.

Google – не є добрим порадиником для хворого з алергією, про що свідчать результати ще однієї роботи, представлені на конференції. Зокрема, запити в Google демонструють, що більшість пацієнтів мають хибні уявлення про алергію. Наприклад, серед запитів з приводу алергії на горіхи знайдений кокос, хоча він не є ні горіхом, ні частою причиною алергії.

Підготувала **Наталія Міщенко**



Алерзин

левоцетиризин

від алергії

ПОТУЖНИЙ та БЕЗПЕЧНИЙ*



ДІТЯМ
з 6 місяців!



приймати 1 раз на добу



можна застосовувати
протягом року



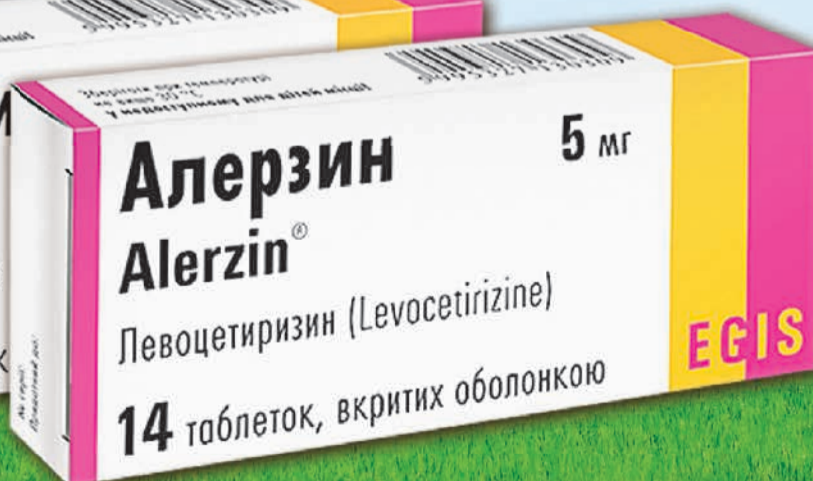
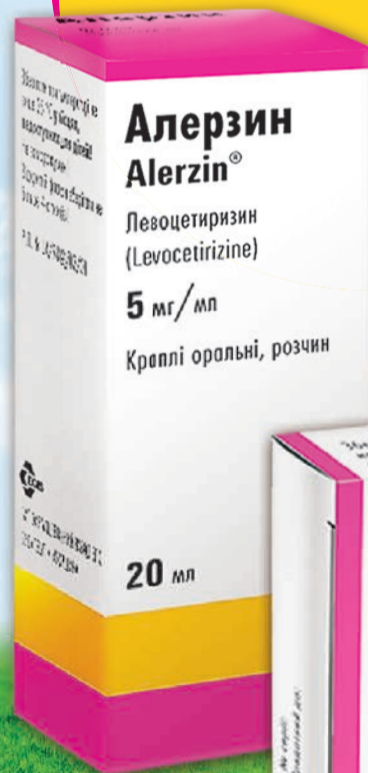
для дорослих та дітей
від 6 місяців

СПОСІБ ЗАСТОСУВАННЯ ТА ДОЗИ

Діти 6–12 міс: 1,25 мг або 5 крапель
1 раз на добу

Діти 1–6 років: 1,25 мг або 5 крапель
2 рази на добу

Дорослі та діти
старші 6 років: 5 мг або 20 крапель
або 1 таблетка
1 раз на добу



*Інструкція для медичного застосування препарату Алерзин.

Р.П. № UA/9862/01/01, № UA/9862/02/01. Умови відпуску: без рецепта. Побічні реакції: Сонливість, стомлюваність, головний біль, сухість у роті та інші. Прийом препарату слід припинити у разі появи будь-якого із побічних ефектів і коли причина його розвитку не може бути встановлена однозначно. Виробник: Фармацевтичний завод ЕГІС. Інформація для професійної діяльності лікарів та фармацевтів. Детальна інформація міститься в інструкції для медичного застосування.

Представництво «ЕГІС ФАРМАС'ЮТИКАЛС ПЛС» в Україні:
04119, Київ, вул. Дегтярівська, 27-Т.
Тел.: +38 (044) 496 05 39, факс: +38 (044) 496 05 38

