



Аллергический ринит. ОСНОВЫ ОСНОВ



Тема номера | стр. 2

Аллергический ринит – заболевание, с которым встречаются врачи практически всех специальностей среди своих пациентов, потому что один из четырех людей, живущих на нашей планете, имеет проявления аллергии, чаще всего это аллергический ринит.

Интервью | стр. 4

О результатах нового масштабного всероссийского анкетирования главных внештатных специалистов аллергологов-иммунологов «Вестнику аллергологов-иммунологов» рассказала Евгения Валерьевна Назарова, к. м. н., заместитель главного врача по клинко-экспертной работе, заведующая отделением госпитализации ФГБУ «ГНЦ Институт иммунологии» ФМБА России.



Клинические рекомендации по аллергическому риниту: основные выдержки | стр. 6

Клинические рекомендации по аллергическому риниту: информация для пациентов | стр. 8

Зарубежный опыт | стр. 9

Дайджест зарубежных статей о пищевой аллергии и анафилаксии

Анонс Второй премии им. А. Д. Адо | стр. 9

Российская наука | стр. 10

Обзор статей, опубликованных в Российском Аллергологическом Журнале

Календарь событий | стр. 12

Аллергический ринит.

ОСНОВЫ ОСНОВ

Оксана Михайловна Курбачева, профессор, доктор медицинских наук, заведующая отделением бронхиальной астмы ФГБУ «ГНЦ Институт иммунологии» ФМБА России, профессор кафедры клинической аллергологии и иммунологии лечебного факультета Московского государственного медико-стоматологического университета им. А. И. Евдокимова, член Президиума Российской ассоциации аллергологов и клинических иммунологов, главный внештатный аллерголог-иммунолог Центрального федерального округа России, главный внештатный консультант аллерголог-иммунолог ГМУ УДП России

Когда стоит подумать о том, что у пациента, возможно, аллергический ринит?

Аллергический ринит – заболевание, с которым встречаются врачи практически всех специальностей среди своих пациентов, потому что один из четырех людей, живущих на нашей планете, имеет проявления аллергии, чаще всего это аллергический ринит. Это очень часто встречающееся заболевание, недооцененное, прежде всего, с точки зрения именно своей распространенности. Многие годы уходят на то, чтобы пациент, страдающий аллергическим ринитом, понял, что его насморк действительно связан с аллергией. С другой стороны, мы видим целый ряд «перекосов» со стороны врачей общей практики, специалистов, прежде всего оториноларингологов, которые ставят диагноз «аллергический ринит» тем пациентам, у которых аллергии нет. Дело в том, что симптомы этого заболевания абсолютно похожи на многие хронические риниты, в народе называемые насморком. Если у пациента есть ринорея (выделения из носа), если у него есть заложенность носа, если у него есть чихание, то, в принципе, это пациент с ринитом. Если эти симптомы пациента беспокоят редко и связаны, как правило, с простудой или с заражением от другого человека, болевшего ОРВИ например, то мы говорим об остром рините. Если эта проблема посещает человека в течение многих месяцев и лет, то мы говорим о хроническом рините. И среди этих хронических ринитов настоящая аллергия является причиной насморка у огромного числа людей. При этом аллергический процесс связан с работой иммунной системы, точнее, с такими нарушениями в иммунной системе, которые в результате приводят к гиперреакции. То есть мы имеем дело не с недостаточностью иммунитета, не с его слабостью, как при других заболеваниях, а с таким всплеском иммунной системы, который в результате приводит к очень активному воспалению, мешает жить человеку, снижает качество его жизни и проявляется в виде вышеозначенных симптомов. Поэтому если у человека без видимой причины, но достаточно регулярно возникают симптомы насморка, есть повод задуматься, а не аллергический ли это ринит. Ответить на вопрос, аллергический он или нет, могут врачи аллергологи-иммунологи, проводя аллергологическое обследование.

Какие аллергены могут стать причиной ринита?

Аллергологическое обследование всегда направлено на поиск причинно-значимого аллергена. Его наличие или отсутствие определяется

по следам, которые он оставил в организме человека. Эти следы в виде антител, специальных иммуноглобулинов, относящихся к классу E, специфичных как раз для того аллергена, который вызвал проблему, остаются в организме человека фактически навсегда. Поэтому по анализу крови, а чаще и в первую очередь по кожным тестам с аллергенами, мы можем выявить тот аллерген, который стал причиной возникновения такого насморка.

Аллергический ринит возникает не на все на свете, что существует вокруг человека. Он возникает на те вещества, которые, как правило, содержат белок и которые в дальнейшем будут называться аллергенами. Причем чаще это респираторные аллергены, те, которые присутствуют в воздухе, которые человек может вдохнуть. Именно эти аллергены становятся причиной аллергического ринита. Не пищевые, не лекарственные аллергены, не яды жалящих насекомых, например, – все это тоже аллергены, но их воздействие проявляется в организме человека не в виде насморка. Насморк на 99,9(9) – это ответ на вдыхаемые аллергены.

Среди респираторных аллергенов наиболее часто встречаются две большие группы аллергенов: пыльцевые аллергены (пыльца различных растений, которая может стать причиной развития аллергии) и круглогодичные аллергены, чаще всего это компоненты домашней пыли, в основном клеща домашней пыли, частицы грибов, которые тоже присутствуют в воздухе. Это не те грибки, которые вызывают микозы, это сапрофитные грибки, споры которых есть в воздухе; обычно их называют «грибками компостной кучи», то есть это споры грибов, живущих в природе. Нередко это эпидермальные аллергены, потому что сейчас у многих есть домашние питомцы, пушистые, чаще всего это кошки и собаки, а дальше по списку идут мыши, крысы, морские свинки, шиншиллы... кого только сейчас не встретишь среди домашних любимцев. Все животные могут быть источником тех компонентов, которые дадут аллергию, и нельзя сказать, что есть какие-то «не аллергенные» пушистые животные. Причиной аллергии могут стать лошади, дафнии, которые входят в корм для рыбок, и даже тараканы, которые тоже являются компонентами домашней пыли. По сути, аллерген домашней пыли – это такой микс, коктейль из разных компонентов. Как правило, в этот коктейль входят частички шерсти домашних животных, частички птичьего пуха и пера, из которых делают подушки, компоненты клеща домашней пыли. Кстати, подушки с наполнением из птичьего пуха и пера сами по себе могут не вызывать аллергию, но при этом они служат прекрасной средой для жизни клещей домашней пыли.

Долгий путь пациента к диагнозу

Представим себе такую картину. Утром человек просыпается, идет в ванную, сморкается. Он думает, что простудился, потом – что это затяжная простуда, потом – что чем-то надыхался... Затем человек приходит в аптеку, говорит: «Что-то у меня насморк, посоветуйте что-нибудь». В аптеке обязательно продадут что-нибудь от насморка, скажем, противопростудные спреи. Год-другой человек пользуется спреями, наконец он решает, что все-таки нужно пойти к врачу и понять, что с ним происходит, что у него за насморк такой, который никак не проходит. Как правило, он идет к оториноларингологу. Современные ЛОР-врачи в большинстве своем очень грамотные, они заподозрят аллергию и отправят нашего пациента к аллергологу. Проходит еще год-другой, пока он дойдет до аллерголога, потому что ему ЛОР-врач тоже уже назначил лечение, чаще



Оксана Михайловна Курбачева

всего вполне эффективное, помогающее от аллергического ринита. Но! Диагноза еще нет, обследования не было, причинно-значимый аллерген не выявлен... так что путь до постановки диагноза в среднем занимает около восьми лет. Восемь лет – от осознания, что есть насморк, до постановки диагноза «аллергический ринит».

Надо сказать, что быстрее разбираются с сезонным аллергическим ринитом, когда виновата пыльца растений. Тут, как правило, два-три года – и уже человек понимает, что он не просто простудился. Симптомы появляются в определенное время в году, как правило, это майские праздники (первый пик сезонного аллергического ринита). Потом в средней полосе есть небольшой перерыв, а с середины июня и до середины июля начинается сезон луговых трав. По времени этот период совпадает с появлением тополиного пуха. Приходят пациенты и говорят: «У меня аллергия на тополиный пух». На самом деле это аллергия не на тополиный пух, а на цветение луговых трав и злаков. Просто злаки невзрачные, серенькие, а тополиный пух очевиден. Вот, собственно, тогда проявляется

второй сезон. Третий сезон – это сорные травы. Сорные травы, строго говоря, не ботаническое понятие. Это объединение нескольких семейств растений, которые действительно почти все относятся к сорнякам и являются причиной позднего-летнего и осеннего поллиноза.

Так происходит в Центральной полосе. На юге все цветет либо друг за другом, либо одновременно. Там один большой длинный пыльцевой сезон, но его начало очевидно. Поэтому для людей с насморком уже на второй-третий сезон становится понятно, что их страдания связаны с чем-то внешним, ежегодно повторяющимся. В общем, диагноз сезонного пыльцевого аллергического ринита ставится гораздо быстрее, чем бытового.

Немного о классификации

Аллергический ринит до 90-х годов прошлого века делили по этиологическому признаку: круглогодичный, который связан с аллергена-

ми, присутствующими в воздухе круглый год, и сезонный, который вызывается, как правило, пылью растений, поэтому сезонность к нему четко привязана. Выделяли еще профессиональный аллергический ринит, когда аллерген присутствует у человека на работе, сопряжен с определенными видами профессиональной деятельности. В дальнейшем, возможно для облегчения выбора лечения, стали делить ринит на интермиттирующий и персистирующий. Международное англоязычное руководство ARIA (это аббревиатура от «аллергический ринит и его влияние на астму»), которое вышло в 90-е годы, предложило нам новую классификацию, в основу которой была положена исключительно временная линейка. Согласно этой классификации, если у человека симптомы ринита наблюдаются до четырех недель в году и до четырех дней в неделю – это интермиттирующий ринит. А все, что больше четырех, – это персистирующий ринит. Такая классификация облегчала подход к выбору лечения той или иной степени интенсивности, но полностью игнорировала этиологический фактор как причину аллергии. Но этот фактор обязательно нужно учитывать, потому что лечение завязано на поиск причинно-значимого аллергена и воздействие на него. Тем не менее сейчас мы живем в эпоху классификации аллергического ринита по продолжительности симптоматики. Но по-прежнему остается обязательным для врачей всех специальностей после слов «аллергический ринит» в диагнозе указывать причинно-значимый аллерген.

Можно ли избежать контакта с аллергеном, удалить его из своей среды обитания?

Правильно выявленный причинно-зависимый аллерген позволяет прежде всего грамотно рекомендовать пациенту элиминационные мероприятия, нацеленные на уменьшение или предотвращение контакта с аллергеном. Можно посоветовать человеку уехать в другую климатическую зону. Это чаще рекомендуют детям. Например, во время цветения березы берут ребенка и уезжают в далекую южную страну, где березы вообще не растут. Ребенок там себя нормально чувствует без какого-либо лечения. Можно уехать и в Заполярье, где вечная мерзлота, там тоже березы не растут или малочисленны и не цветут в этот период. И там тоже будет безаллергенная среда. Этот метод имеет серьезные ограничения. Абсолютное большинство людей никуда не может уехать, тем более что срок цветения растений – минимум месяц. Очень редко бурное цветение укладывается в две недели. Уезжая, например, на две недели в отпуск, пациент обязательно захватит либо старт, либо конец сезона пыления.

Еще сложнее обстоит дело с бытовыми аллергенами: избавиться от домашней пыли практически невозможно. Можно все силы положить на борьбу с ней, но, как знает любая хозяйка, победить домашнюю пыль не получится. Конечно, нужно рекомендовать не спать на перьевых подушках, не хранить вещи под кроватью, избавиться от ковров или других пылесборников в своей спальне... при этом надо понимать, что эти рекомендации имеют определенные ограничения.

Совсем сложный вопрос возникает с домашними животными. С одной стороны, удаление домашнего животного (причины аллергии) имеет доказательную базу как эффективное элиминационное мероприятие. Иными словами, если человек жил с котом и у него выявилась аллергия на кота, то кота нужно куда-то деть. Кота пристраивают в хорошие руки, квартиру моют, а лучше вообще проводят ремонт в этой квартире, меняют мебель, ковры, кровати и все прочее, – человеку действительно становится легче. Но здесь мы тоже сталкиваемся с определенными ограничениями. Кота не хотят отдавать, его любят, это член семьи. Это во-первых. Во-вторых, даже если удастся уговорить пациента отдать животное, риск встретиться с этим аллергеном в обычной жизни остается высоким. У многих людей, с которыми пациент сталкивается в транспорте, в магазине, на работе, есть дома коты. И на своей одежде эти люди

переносят достаточное количество аллергена для того, чтобы вызвать у пациента обострение аллергического ринита. Или ребенок идет в гости к другу, у друга живет дома кот, и ребенок оттуда возвращается опять весь в симптомах заболевания. В самолете, за партой, где угодно можно встретиться с аллергеном, и симптомы ринита возобновятся.

Элиминационные мероприятия все равно нужны. Если человек живет в запыленной, грязной квартире, он будет хуже себя чувствовать с аллергическим ринитом, чем если эту квартиру убирают. Спать нужно на подушках, которые сделаны из синтетических материалов, которые действительно позволяют уменьшить аллергенную нагрузку. Не надо заводить домашних животных тем, у кого есть аллергия на них, ходить в зоопарки, в цирки, где этих животных много и заведомо может развиться даже приступ удушья. Но во всех этих мероприятиях есть определенные понятные ограничения.

Этиологическая диагностика в данном случае крайне важна, чтобы не запрещать человеку ничего лишнего. Врач и так снижает качество жизни пациента, заставляя делать уборку, расставаться с домашним любимцем или на месяц уезжать из дома. Выявление причинно-значимого аллергена позволяет оптимизировать ограничения для пациента и в то же время не упустить ничего, что может ухудшить его состояние.

Золотой стандарт лечения аллергического ринита

Основным лечением аллергического ринита, способным вмешаться в его развитие и значительно уменьшить, а в идеальном случае и вовсе избавить пациента от симптомов при контакте с причинно-значимым аллергеном, является *аллерген-специфическая иммунотерапия* (АСИТ). Этот метод лечения показан каждому пациенту, имеющему диагноз «аллергический ринит». Больше всего АСИТ похожа на вакцинацию от аллергии и предполагает лечение тем самым аллергеном, который является причиной развития болезни у пациента. Метод очень старый, ему исполнилось 110 лет. Длительное существование метода доказывает его важность и нужность как чрезвычайно эффективного способа лечения аллергии. АСИТ был посвящен первый номер газеты «Вестник аллерголога-иммунолога». И здесь я еще раз хочу акцентировать внимание на том, что АСИТ применима у каждого пациента с аллергическим ринитом. АСИТ назначает врач клинический аллерголог-иммунолог, тщательно оценив показания и противопоказания к этому методу лечения у каждого пациента. И если при наличии аллергического ринита – то есть показания к АСИТ – нет противопоказаний со стороны здоровья человека, то нужно настойчиво и планомерно рекомендовать пациенту проведение этого лечения. Только АСИТ может уменьшить или совсем избавить пациента от дальнейших проявлений этой болезни и предупредить расширение спектра сенсibilизации. Ведь обычный путь пациента с аллергическим ринитом – это начало с легких отдельных клинических проявлений, а продолжение с тяжелыми, усугубляющимися и по продолжительности, и по интенсивности симптомами самого аллергического ринита, часто сопутствующего аллергического конъюнктивита и, к сожалению, часто развивающейся бронхиальной астмы.

Волшебные таблетки

Для начала надо сказать, что в 2020 году Министерством здравоохранения были одобрены федеральные клинические рекомендации по лечению аллергического ринита. Они были созданы тремя профессиональными сообществами – Российской ассоциацией аллергологов и клинических иммунологов, Национальной медицинской ассоциацией оториноларингологов и Союзом педиатров России. В настоящее время они являются основным регламентирующим документом для врачей любой специальности. Они предназначены не только для специалистов, они предназна-

ны для всех врачей, кто пытается лечить аллергический ринит. Они созданы по требованиям и по шаблонам, которые применяются к любым клиническим рекомендациям. Несмотря на некую «формализованность», они содержат все необходимое, чтобы правильно поставить диагноз, выбрать правильное лечение и направить пациента к тем специалистам, в помощи которых он нуждается. Я искренне считаю, что категорически нельзя лечиться народными средствами, «шаманскими» мероприятиями, заговорами, сборами, которые неизвестно из чего составлены. Ни один врач не должен рекомендовать средства, лишенные доказательной базы.

Все препараты для лечения аллергического ринита, которые имеют доказательную базу своей эффективности и безопасности, относятся к одной из трех групп. Первая группа – это антигистаминные препараты, которые в народе еще называют противоаллергическими. Антигистаминные средства используют для применения внутрь в виде таблеток либо в виде инъекций. Инъекции предназначены для стационарного лечения в случае тяжелого течения заболевания. Для амбулаторного применения антигистаминные препараты выпускаются в таблетированных формах системного действия и в виде интраназальных спреев. Они существуют достаточно давно, около 70 лет. На сегодняшний день есть два поколения таких средств. Первое, старое поколение отличается быстрой действия и высокой эффективностью, при этом их основным побочным эффектом является сонливость и их надо принимать несколько раз в день. Это поколение сейчас постепенно уходит в прошлое, по крайней мере в лечении аллергического ринита. Пациенты с аллергическим ринитом в абсолютном большинстве амбулаторные, то есть они должны водить машину, работать, учиться, поэтому им такие препараты не рекомендованы. Рекомендованы препараты второго поколения, которые принципиально отличаются от первого поколения отсутствием эффекта на структуры головного мозга, поэтому они не влияют на когнитивные функции, не вызывают сонливости, не мешают жить, работать, учиться. Второе поколение препаратов появилось в конце 80-х годов прошлого века, широко их стали применять в 90-е годы и сейчас мы располагаем огромным арсеналом таких средств.

Антигистаминные препараты продаются в аптеках под разными торговыми названиями. В основном это дженерики. Прародителей есть всего несколько: цетиризин, левоцетиризин, лоратадин, дезлоратадин, эбастин, биластин. Это все таблетированные препараты. Антигистаминные средства для местного применения: олопатадин в виде глазных капель и назального спрея, азеластин и левакабастин в форме назальных спреев. Сегодня монотерапия интраназальными антигистаминными препаратами занимает очень узкую нишу, потому что спреи действуют быстро, но непродолжительно. Поэтому их либо комбинируют с интраназальными кортикостероидами, либо интраназальные кортикостероиды применяют отдельно.

Группа интраназальных кортикостероидов в виде спреев – это основная группа медикаментов для лечения аллергического ринита. Они содержат мометазона фураат, флутиказона фураат, флутиказона пропионат, будесонид или беклометазона дипропионат. Для интраназального применения сейчас чаще используются комбинации: мометазон с олопатадином или левакабистином. Комбинированные препараты действуют быстро и продолжительно, по крайней мере в течение 12 часов. Они разрешены к применению с двенадцатилетнего возраста. Более младшим детям рекомендованы отдельные антигистаминные, отдельно кортикостероидные средства. Третья группа – это антилейкотриеновые препараты. На сегодняшний день в нашей стране эта группа представлена только монтелукастом. Правда, монтелукаст выпускают в виде таблеток под огромным количеством различных торговых наименований. Он разрешен с детского возраста от двух лет до глубокой старости, имеет различные дозировки, применяется один раз в день. Для взрослых (старше 15 лет) появилась и комбинация в таблетке антигистаминного препарата и антилейкотриенового препарата. Таким образом, врач имеет возможность выбрать лечение от самых легких форм, когда, условно говоря, достаточно одной антигистаминной таблетки, до интенсивных проявлений, когда назначают комбинированные препараты в таблетках, интраназальные кортикостероидные спреи. Эта фармакологическая линейка позволяет добиться успеха в лечении абсолютного большинства

пациентов с аллергическим ринитом. Всего менее 5% пациентов остаются вне контроля даже при использовании всех этих препаратов. Для таких случаев существует системное лечение, которое требует высокого профессионализма от врача (системные глюкокортикостероиды и анти-IgE моноклональные антитела (омализумаб)). Оно обозначено на четвертой ступени в клинических рекомендациях, и только врачи экспертного уровня решают вопрос о назначении этого лечения.

Родители маленьких детей с аллергическим ринитом часто неохотно лечат своего ребенка таблетками, полагая, что он «перерастет» и проблема пройдет сама собой. Однако, учитывая тенденцию развития аллергических заболеваний в сторону утяжеления симптомов и полисенсibilизации, нужно убедить родителей не отказываться от лечения пусть и легкого, как им кажется, аллергического ринита у ребенка. АСИТ как раз способна остановить развитие этого заболевания. Кстати сказать, все описанное нами фармакологическое разнообразие не противоречит АСИТ, можно проводить и то и другое ровно до такой степени, насколько это требуется. АСИТ проводится по установленной схеме и при необходимости сопровождается фармакологической поддержкой.

Аллергический ринит + конъюнктивит = риноконъюнктивит

В организме человека многое взаимосвязано. Сам по себе факт присутствия воспаления на слизистой оболочке носа влияет на глаза. И глаза начинают реагировать, даже если в них непосредственно не попал аллерген. У 70% пациентов с аллергическим ринитом с пальцевыми причинно-значимыми аллергенами также присутствует и аллергический конъюнктивит. Тогда говорят о риноконъюнктивите. Аллергический конъюнктивит – это, во-первых, собственно заболевание, которое связано с тем, что пыльца попала на конъюнктиву и вызвала аллергическое воспаление, а во-вторых, это рефлекторная дуга: когда речь идет о рините, то рефлекторно на глаза идет сигнал к покраснению, слезотечению и зуду. Поэтому ринит и конъюнктивит очень часто сопряжены друг с другом. Лечение аллергического ринита почти всегда облегчает симптомы конъюнктивита, даже если мы собственно глаза не лечим. Существуют специальные глазные капли для лечения аллергического конъюнктивита. В основном они представлены антигистаминными препаратами, содержат олопатадин, азеластин или левакабастин. Они сейчас широко представлены в аптеках. Если этого оказывается недостаточно, рекомендуются на короткий срок капли, содержащие глюкокортикостероиды (дексаметазон). Конъюнктивит – это такая «Золушка» в аллергологии: для ринита существует много способов воздействия, а для конъюнктивита очень ограниченный спектр возможного влияния. Дексаметазоновые капли применяются при тяжелых формах аллергического конъюнктивита, когда антигистаминными препаратами справиться с проявлениями не удается. В отношении конъюнктивита стоит еще вспомнить про капли, содержащие кромогликат натрия. Это одно из противовоспалительных, противоаллергических средств, которое было придумано в 70-е годы прошлого века. До настоящего времени никто не расширял механизм работы кромогличатов, и, к сожалению, при их высочайшей безопасности (никогда ни у кого не было отмечено никаких побочных действий) они столь же и низкоэффективны. Взрослым пациентам их практически не назначают. Хотя изначально они существовали для интраназального и эндобронхиального применения, сейчас они остались только в виде глазных капель. Ввиду их безопасности лечение детей с аллергическим конъюнктивитом рекомендуется начинать именно с этих капель. Плюс антигистаминные капли. Назначают также таблетированные формы антигистаминных препаратов, но максимально надо сделать упор на локальное воздействие на конъюнктиву, чтобы облегчить глазные симптомы: умывание после прихода с улицы, промывание глаз, не трогать руками глаза – эти правила обязательны для пациента с аллергическим конъюнктивитом. ■

Респираторная аллергия: основные тенденции, проблемы и пути их решения

О результатах нового масштабного всероссийского анкетирования главных внештатных специалистов аллергологов-иммунологов «Вестнику аллергологов-иммунологов» рассказала Евгения Валерьевна Назарова, кандидат медицинских наук, заместитель главного врача по клинко-экспертной работе, заведующая отделением госпитализации ФГБУ «ГНЦ Институт иммунологии» ФМБА России.

Каковы современные мировые тенденции распространения респираторной аллергии?

Е.Н. За последние десятилетия наблюдается увеличение распространенности и тяжести аллергопатологии во всех странах по всему миру. В связи с этим мировое сообщество интенсифицирует проведение различных исследований по оценке факторов, влияющих на распространение аллергических заболеваний. Эксперты Всемирной организации аллергии констатируют следующие факты: все чаще встречается поливалентная сенсibilизация, аллергия становится полиорганной, крайне редко встречаются пациенты, у которых выявляется аллергия, например, на один вид цветения, или у которых только аллергический ринит. Как правило, пациенты, имеют сенсibilизацию к нескольким аллергенам, страдают не только ринитом, но и конъюнктивитом. У многих пациентов заболевание прогрессирует в более тяжелые формы: бронхиальная астма, пищевая аллергия и др.

Высокая заболеваемость повышает нагрузку на систему здравоохранения и, согласно прогнозам, из-за загрязненности воздуха и глобального потепления ее рост продолжится. Эти два фактора мировое сообщество выделяет как основные среди причин роста аллергопатологии во всем мире. Различные факторы загрязнения окружающей среды, в свою очередь, влияют на содержание пыльцы в воздухе, на численность популяций различных насекомых, на концентрацию плесневых грибов, являющиеся значимой причиной развития аллергии.

Усугубляет картину и то, что во многих странах борьба с аллергией носит вариативный и фрагментарный характер. Это приводит к ухудшению качества жизни пациентов, повышению показателей заболеваемости и смертности, а также сопряжено со значительными финансовыми затратами на лечение аллергопатологии.

Какова ситуация с распространенностью респираторных аллергических заболеваний в России?

Е.Н. Сегодня мы можем оперировать самыми последними данными в этой области. По инициативе Российской ассоциации аллергологов и клинических иммунологов (РААКИ) в 2019 году во всех регионах Российской Федерации было инициировано анкетирование главных внештатных специалистов аллергологов-иммунологов. Опрос проводился по специально разработанным анкетам.

Основными задачами анкетирования было оценить наличие у врачебного сообщества доступности данных экологического и пыльцевого мониторинга, выяснить, проводятся ли эпидемиологические исследования в регионах, оценить структуру аллергопатологии и спектр сенсibilизации по обращаемости. Нас интересовало, какие основные тенденции в структуре и тяжести аллергопатологии за последние 10 лет наблюдают врачи в нашей стране, процент полисенсibilизированных пациентов, охват назначением аллерген-специфической иммунотерапии (АСИТ). АСИТ – единственный метод лечения аллергии, который позволяет предотвратить прогресс в более тяжелые формы, на долгие годы избавить пациентов от симптомов и обеспечить профилактический эффект по расширению спектра сенсibilизации. Несмотря на то что АСИТ является золотым стандартом лечения респираторной аллергии во всем мире, процент назначения данного метода лечения крайне низкий.



Евгения Валерьевна Назарова

В результате анкетирования мы получили данные из 49 субъектов различных федеральных округов Российской Федерации. Эти новые данные до сих пор не были широко представлены профессиональному медицинскому сообществу и, безусловно, представляют интерес и ценность для медицинских работников.

Расскажите, пожалуйста, о результатах анкетирования по регионам. Что можно сказать о Центральном федеральном округе?

Е.Н. В Центральном федеральном округе ответы были получены из Белгородской, Брянской, Владимирской, Воронежской, Курской, Липецкой, Московской, Орловской, Смоленской, Тверской, Тульской областей.

По данным анкетирования, пыльцевой, экологический мониторинг и эпидемиологические исследования проводятся только в Москве и Московской области.

За последние 10 лет изменения в структуре аллергических заболеваний отметили 66,6% специалистов. Среди основных тенденций: увеличение распространенности респираторной аллергии – об этом сообщили 58,3% анкетированных аллергологов-иммунологов, кожных проявлений аллергии (66,6%), также выросло количество пациентов с хронической идиопатической крапивницей (50%).

Что касается тяжести течения аллергопатологии, то 41,6% наших респондентов сообщили об уменьшении числа случаев тяжелого течения бронхиальной астмы, а 50% – об увеличении числа пациентов со среднетяжелым и тяжелым течением аллергического ринита/риноконъюнктивита. То есть увеличилась распространенность именно сезонных респираторных проявлений.

Касательно структуры заболеваемости в ЦФО установлено следующее: 25% приходится на аллергический ринит, 22,9% на аллергический риноконъюнктивит, бронхиальной астмой страдают 36,9%

В структуре заболеваемости первое место занимают респираторные проявления аллергии. Эти данные коррелируют с данными наших зарубежных коллег о росте распространенности по всему миру именно респираторной аллергии.

Также получены данные по спектру сенсibilизации. В ЦФО на первом месте бытовая сенсibilизация к клещам домашней пыли и домашней пыли, второе место занимает пыльца деревьев.

В Смоленской и Московской областях отметили появление нового аллергена амброзии, который ранее в этих областях зафиксирован не был. Он характерен для юга России – Краснодарской и Ростовской областей. Эти области до сих пор страдают от этого завезенного карантинного сорняка. Распространенность амброзии и связанных с ней тяжелых поллинозов на юге России крайне высока. В сезон пыления, который продолжается с июля до первых заморозков ноября, люди страдают от выраженных проявлений аллергии, и с каждым годом число аллергиков увеличивается.

В Москве пыльцевым мониторингом занимается биологический факультет МГУ, ведущий научный сотрудник Елена Эрастовна Северова. Ее подсчеты за последние десять лет подтверждают появление аллергена амброзии в Московском регионе. Пока аллерген присутствует в незначительном количестве, но поскольку это сорняк, который теперь активно распространяется по всей России, можно ожидать его вклад в развитие респираторных аллергических заболеваний.

Процент полисенсibilизации в ЦФО составляет около 74%, и, по мнению большинства главных специалистов ЦФО, за последние 10 лет этот показатель значительно вырос, что также коррелирует с данными наших зарубежных коллег.

Доступность специализированной помощи (число дней ожидания приема) в зависимости от области варьируется от 1 до 14 дней. В 50% опрошенных областей недостаток специалистов аллергологов-иммунологов не позволяет справиться с потоком пациентов с аллергией.

АСИТ назначается в 24,1% случаев. Основные причины, по которым не назначается АСИТ, включают: удаленность для подкожной иммунотерапии (58,3%), стоимость (66,6%) для сублингвальной иммунотерапии, отсутствие специалистов (50%).

Какие данные по Северо-Западному федеральному округу?

Е.Н. Мы получили данные из Республики Коми, Вологодской, Новгородской, Архангельской, Калининградской, Псковской, Ленинградской областей.

Выяснилось, что пыльцевой мониторинг в СЗФО проводится в Ленинградской области и Республике Коми. Экологический мониторинг доступен в Ленинградской и Калининградской областях. Данные эпидемиологических исследований доступны только в Республике Коми.

За последние 10 лет специалисты также отметили изменение в структуре и в тяжести аллергопатологии. Основные тенденции схожи с данными, полученными из ЦФО: увеличение распространенности респираторной аллергии (42,8%), уменьшение числа случаев тяжелого течения бронхиальной астмы (57,1%). В структуре заболеваемости на первом месте также респираторная аллергия, львиная доля приходится именно на аллергический ринит (35%) и бронхиальную астму (34%).

Спектр сенсibilизации – СЗФО на первом месте сенсibilизация к пыльце деревьев и домашней пыли, значительно выше процент грибковой сенсibilизации, а процент чувствительности к сорным травам, наоборот, ниже, чем в ЦФО.

Уровень полисенсibilизации составил 62%. Специалисты также отмечают, что за последние 10 лет процент полисенсibilизированных пациентов вырос.

Доступность специализированной помощи (число дней ожидания приема) в зависимости от области варьируется от 2 до 30 дней, среднее время ожидания составляет 14 дней, в Калининградской и Архангельской областях – 30 дней. В 57,1% опрошенных областей СЗФО, так же как и в ЦФО, не хватает специалистов аллергологов-иммунологов.

АСИТ назначается в катастрофически малом проценте случаев – 12%. Основные причины неназначения АСИТ: удаленность для подкожной иммунотерапии (42,8%), стоимость (85,7%), отсутствие специалистов (57,1%).

Что показало анкетирование специалистов Южного федерального округа?

Е.Н. В Южном федеральном округе ответы поступили из Ростовской, Волгоградской и Астраханской областей.

Пыльцевой и экологический мониторинг в ЮФО, как и эпидемиологические исследования, проводятся только в Ростовской области. По другим областям в ЮФО доступных данных нет.

За последние 10 лет специалисты отмечают изменения в структуре и тяжести аллергопатологии: увеличение распространенности респираторной аллергии (33,3%), увеличение числа

пациентов с хронической рецидивирующей крапивницей (33,3%). В структуре заболеваемости на первом месте аллергический ринит (31%), на втором – бронхиальная астма (23%).

Что касается спектра сенсibilизации, то он в силу климато-географических особенностей и распространенности амброзии и полыни на юге России значительно отличается от ЦФО и СФО. В 62% случаев выявляется аллергия именно к сорным травам, а сенсibilизация к пыльце деревьев вносит крайне скромный вклад в спектр сенсibilизации пациентов с аллергопатологией. Это как раз демонстрирует, насколько важно знать особенности региона, вести пыльцевой мониторинг для прогноза и профилактики обострения аллергических заболеваний. К сожалению, у нас в регионах он, как правило, недоступен.

Полисенсibilизация составляет порядка 65%, и все специалисты отмечают рост полисенсibilизированных пациентов за последние 10 лет. Доступность специализированной помощи (число дней ожидания приема) в зависимости от области составляет 10–14 дней. В 100% опрошенных областей ЮФО, так же как и в других округах, отмечают нехватку специалистов аллергологов-иммунологов. АСИТ назначается менее чем в 30% случаев. Основные причины неназначения АСИТ все те же: расстояние для подкожной иммунотерапии, цена для сублингвальных форм, отсутствие специалистов.

Что отмечают медики – респонденты Приволжского федерального округа?

Е.Н. Мы получили ответы из Саратовской области, Республики Башкортостан, Нижегородской области, Пермского края, Республики Татарстан, Чувашской Республики, Самарской области, Кировской области, Оренбургской области, Пензенской области.

Пыльцевой мониторинг в ПФО проводится в Республике Татарстан, Нижегородской области, Саратовской области. Экологический мониторинг проводится в Республике Татарстан, Чувашской Республике, Оренбургской и Саратовской областях. Данные эпидемиологических исследований тоже очень ограничены и доступны в Саратовской области, Республике Башкортостан, Чувашской Республике.

За последние 10 лет специалисты ПФО отметили изменения в структуре и тяжести респираторных проявлений аллергопатологии: увеличение распространенности респираторной аллергии, увеличение числа пациентов с хронической рецидивирующей крапивницей, уменьшение случаев тяжелого течения БА в силу того, что на сегодняшний день в арсенале аллерголога находится большое количество препаратов для купирования приступов и для поддержания стабильного контроля.

По структуре – на первом месте бронхиальная астма. На втором – аллергический ринит и риноконъюнктивит. По сенсibilизации – на первом месте клещи домашней пыли, затем идут деревья и сорные травы в равноценных пропорциях. Отмечается высокий процент полисенсibilизации (68,7%), низкий процент доступности специализированной помощи и низкий процент назначения АСИТ (27,5%).

Причины неназначения АСИТ аналогичны предыдущим регионам: удаленность для подкожной иммунотерапии, высокая стоимость.

Расскажите, пожалуйста, о данных анкетирования специалистов Северо-Кавказского федерального округа.

Е.Н. Ответы поступили из Кабардино-Балкарской Республики, Карачаево-Черкесской Республики, Ставропольского края.

Пыльцевой и экологический мониторинг и эпидемиологические исследования в СКФО проводятся только в Ставропольском крае.

По мнению всех опрошенных главных специалистов СКФО, за последние 10 лет произошли изменения и в структуре, и в тяжести аллергопатологии. Основные тенденции: увеличение распространенности респираторной аллергии, увеличение числа пациентов с хронической рецидивирующей крапивницей.

В спектре сенсibilизации лидирующее место, как и в ЮФО, занимают аллергены пыльцы сорных трав.

В Кабардино-Балкарской Республике увеличился процент пациентов, сенсibilизированных к аллергенам кошки и собаки, а к аллергенам овцы, вследствие урбанизации и вымирания народных промыслов, наоборот, уменьшился.

Пациенты с полисенсibilизацией составляют 79,2%. По мнению большинства главных специалистов СКФО, за последние 10 лет процент полисенсibilизированных пациентов вырос. Доступность специализированной по-

мощи (число дней ожидания приема) в зависимости от области составляет от 1 до 7 дней, в среднем 1–2 дня. АСИТ назначается в 20,5% случаев. Основные причины неназначения АСИТ: удаленность для подкожной иммунотерапии, высокая стоимость.

Какие изменения за последние 10 лет отметили главные специалисты Уральского федерального округа?

Е.Н. В ходе анкетирования главных аллергологов-иммунологов Уральского федерального округа мы получили ответы из Челябинской, Тюменской, Свердловской, Курганской областей и Ханты-Мансийского автономного округа.

Пыльцевой мониторинг в УФО проводится только в Свердловской области. Экологический мониторинг доступен в Свердловской и Челябинской областях. Данные эпидемиологических исследований доступны в Свердловской и Челябинской областях. Все опрошенные главные специалисты УФО отмечают, что за последние 10 лет произошли изменения и в структуре, и в тяжести аллергопатологии. Основные тенденции: увеличение распространенности респираторной аллергии, увеличение числа пациентов с хронической рецидивирующей крапивницей, снизилась частота встречаемости тяжелых форм БА.

Лидирующее место в структуре аллергопатологии занимает БА (44%), что абсолютно неудивительно, учитывая суровый климат с холодными зимами данного ФО. По данным исследований, низкие температуры являются триггерным фактором для обострения БА. Среди спектра аллергенов лидирующие позиции занимают аллергены домашней пыли.

Полисенсibilизация составляет 73,3%. По мнению большинства главных специалистов УФО, за последние 10 лет процент полисенсibilизированных пациентов вырос. Доступность специализированной помощи (число дней ожидания приема) в зависимости от области составляет от 7 до 30 дней, в среднем 7–14 дней. АСИТ назначается в 34,6%. Основные причины неназначения АСИТ – высокая стоимость и удаленность.

Какие данные получены о Сибирском федеральном округе?

Е.Н. Ответы поступили из Красноярского края, Томской области, Новосибирской области, Омской области, Иркутской области, Республики Хакасия, Кемеровской области, Алтайского края.

Пыльцевой мониторинг в СФО проводится в Алтайском крае, Иркутской области. Экологический мониторинг доступен в Иркутской и Томской областях. Данные эпидемиологических исследований доступны в Алтайском крае и Томской области. То есть все данные по эпидемиологии очень точечные и не носят глобального, системного характера. Это первое анкетирование, которое было проведено за последние годы и которое демонстрирует общую картину по распространенности, структуре патологии и спектру сенсibilизации.

За последние 10 лет специалисты СФО отмечают увеличение респираторной аллергии, увеличение числа пациентов с хронической рецидивирующей крапивницей, снизилась частота встречаемости тяжелых форм БА.

Лидирующее место в структуре аллергопатологии, так же как и в УФО, занимает БА, что абсолютно неудивительно, учитывая такие же суровые климатические условия. Среди спектра аллергенов первое место занимают бытовые аллергены. Отмечается высокий процент полисенсibilизации (71,5%), низкий уровень доступности специализированной помощи и низкий процент назначения АСИТ (21,5%). Основные причины неназначения АСИТ – удаленность для подкожного метода введения, высокая стоимость для сублингвальных форм.

И завершает список Дальневосточный федеральный округ. В чем особенности картины респираторных аллергопатологий этого региона?

Е.Н. Мы получили ответы из Республики Саха, Республики Бурятия и Приморского края. Пыльцевой мониторинг в ДВФО не проводится вообще нигде. Экологический мониторинг доступен в Приморском крае. Точечные данные эпидемиологических исследований доступны в Республиках Саха и Бурятия.

За последние 10 лет все специалисты отмечают увеличение респираторной аллергопатологии в общем и сезонных проявлений респираторной аллергии в частности. В структуре на первом месте бронхиальная астма, на втором месте аллергический ринит. В спектре сен-

сibilизации лидирующие позиции занимают бытовые аллергены. Отмечается высокий процент (около 70%) полисенсibilизированных пациентов, низкая доступность специализированной помощи и низкий процент проведения АСИТ (25%) по причинам, которые выявляются и в других федеральных округах.

Какие основные тенденции характерны для всей России?

Е.Н. На основании полученных данных можно выделить следующие тенденции:

- увеличение числа пациентов, страдающих респираторной аллергией;
- увеличение числа пациентов с тяжелыми сезонными проявлениями респираторной аллергии;
- уменьшение случаев тяжелого течения БА;
- увеличение числа пациентов с хронической рецидивирующей крапивницей;
- большинство пациентов имеют полисенсibilизацию;
- наблюдаются выраженные изменения спектра сенсibilизации в зависимости от климато-географических особенностей округа;
- очень низкий процент назначения АСИТ, несмотря на то что это единственный метод, который позволяет добиться хорошего качества жизни для пациентов. Средний показатель по всем округам составляет 23,7%. Основные причины неназначения – стоимость для сублингвальных и удаленность для инъекционных форм, даже несмотря на то что во многих регионах затраты на инъекционные методы входят в государственные гарантии и покрываются государством. Конечно, огромная территория Российской Федерации и доступность аллергопомощи только в больших городах приводят к тому, что не все пациенты могут позволить себе проехать 300–500 км до ближайшего областного центра, где есть аллерголог;
- отсутствие пыльцевого (доступно только в 12 субъектах РФ) и экологического мониторинга (доступно в 14 субъектах РФ);
- отсутствие эпидемиологических данных (доступно в 14 субъектах РФ).

Почему пыльцевой мониторинг имеет большое значение?

Е.Н. Пыльцевой мониторинг – единственный инструмент, который позволяет установить интенсивность и очередность пыления разных растений. Благодаря этим данным, например, по Московскому региону мы точно знаем, когда началось пыление березы, с какой интенсивностью, когда подключилось пыление злаковых трав, которые активизируются после деревьев. Соответственно, мы можем четко прогнозировать состояние наших пациентов и принимать своевременные решения по назначению симптоматической терапии и смене климата.

Некоторые наши пациенты с выраженными аллергическими проявлениями на период пыления, не успевшие провести АСИТ, чтобы избежать массивного контакта с аллергеном, временно уезжают из региона. Это особенно актуально в отношении пациентов с тяжелой пыльцевой бронхиальной астмой, у которых есть необходимость в течение двух месяцев и более получать широкий спектр симптоматической терапии, некоторым пациентам приходится вводить системные глюкокортикостероиды для достижения контроля.

Пыльцевой мониторинг позволяет значительно улучшить качество медицинской помощи, узнать временные рамки, карту пыления тех или иных растений и вовремя принять меры.

Каков механизм пыльцевого мониторинга?

Е.Н. Пыльцевой мониторинг производится при помощи специальных пылевых ловушек, которые ловят пыльцу растений на специальную липкую ленту, затем лента фиксируется на предметном стекле, препарат окрашивается и проводится подсчет пылевых зерен под микроскопом, таким образом определяется спектр пыления растений.

Сколько таких ловушек используется в нашей стране?

Е.Н. К сожалению, как я уже отмечала ранее, распространенность пыльцевого мониторинга в России очень низкая. Так, на всей маленькой территории Европы установлено более 550 пылевых ловушек. А у нас на всю Россию приходится около 20 ловушек, из которых нормально функционируют от силы 5–7.

Почему организация и проведение пыльцевого мониторинга в России вызывает такие сложности?

Е.Н. Пылевые ловушки довольно дорогие. И мало просто поставить такую ловушку – ее

надо обслуживать, снимать с нее данные, затем обрабатывать их и выкладывать. То есть здесь должна работать аэропаллинологическая служба, которая у нас в стране абсолютно не развита.

Ситуацию может изменить только глобальная инициатива на государственном уровне по созданию аэропаллинологической службы, которая будет работать в сцепке с аллергологической службой и, возможно, даже станет одним из направлений аллергологической службы Российской Федерации.

Какие проблемы в области респираторных аллергопатологий характерны для всех российских регионов?

Е.Н. Несмотря на то что территория Российской Федерации огромна и каждый Федеральный округ отличается климато-географическими особенностями и в зависимости от этого меняется спектр сенсibilизации, распространенность той или иной аллергопатологии, проблемы, к сожалению, одинаковы абсолютно во всех федеральных округах – это недоступность специализированной аллергопомощи, очень низкий уровень назначения АСИТ, отсутствие экологического и пыльцевого мониторинга.

Повторюсь, пыльцевой мониторинг – это крайне важно. Мы в Московском регионе это прекрасно понимаем. Пыльцевой мониторинг в Московском регионе уже более 30 лет проводится кафедрой аэропаллинологии МГУ под руководством Е.Э. Северовой. Изменения, которые происходят из-за глобального потепления и загрязнения окружающей среды, на пыльцевом мониторинге Московского региона четко прослеживаются. Увеличивается интенсивность пыления, становятся более ранними сроки начала пыления, вегетационный период растений и период пыления – более длительными. Растущая суммарная концентрация пыльцы приводит к увеличению пыльцевой нагрузки на пациентов, а значит, растет распространенность респираторной аллергии. Пыльцевой мониторинг позволяет нам четко выявить все эти взаимосвязи, поэтому ограниченная доступность в регионах вызывает огромное сожаление.

Низкий процент назначения АСИТ – проблема не только России, но и всего мира. На сегодняшний день в нашем распоряжении подъязычные формы только импортного производства. Они есть на российском рынке, поставки продолжают, однако стоимость лечения зачастую кажется пациентам слишком высокой.

Были проведены международные клинико-экономические исследования, целью которых было ответить на вопрос – а стоит ли пациенту тратить деньги на АСИТ, если можно пить таблетки, пользоваться спреями и т.п. Ответ однозначный: АСИТ в конечном итоге оказывается менее затратной, чем другие подходы к лечению.

Аллергические заболевания имеют прогрессирующий характер. Начавшись с аллергического ринита, заболевание может перерасти в бронхиальную астму различной степени тяжести. Соответственно, расширяется и спектр препаратов, которые должен принимать пациент. Увеличивается не только количество препаратов, но и длительность приема. Помимо этого, у пациента из года в год может расширяться спектр сенсibilизации. То есть сначала ринит и астма проявлялись в период пыления деревьев, потом постепенно присоединились злаковые травы, которые идут за деревьями в июне-июле, затем – сорные травы... В итоге наш пациент принимает лекарственные препараты уже в течение полугода. Вместе с бременем симптоматической терапии также нужно учитывать пропуски работы из-за обострения аллергии, оформление больничных листов, госпитализации и выраженное снижение качества жизни пациентов.

В свою очередь, затраты на АСИТ идут в течение трех лет, а дальше пациенты в течение 6–8 лет, а некоторые и гораздо дольше, прекрасно себя чувствуют и не испытывают никакого дискомфорта. Поэтому очень важно донести до пациента, зачем ему нужно проводить АСИТ и какую в буквальном смысле слова выгоду он от этого получит.

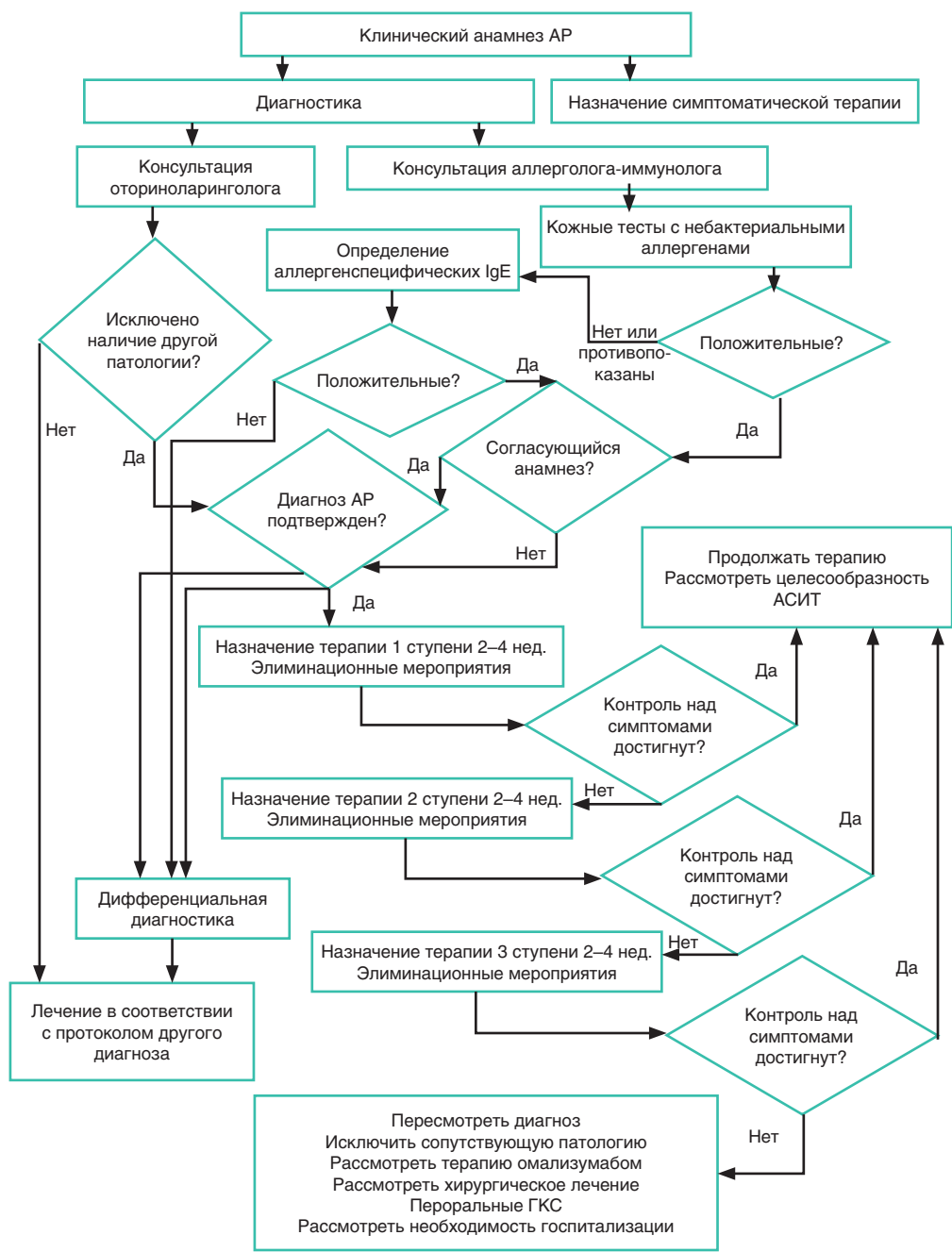
Каковы пути решения данных проблем?

Е.Н. Организация и развитие аэропаллинологической службы, увеличение кадрового состава аллергологов-иммунологов на местах, популяризация информации об аллергии и АСИТ не только среди врачей-специалистов, но и среди врачей других специальностей и пациентов. Все эти изменения возможны при поддержке на глобальном, государственном уровне. ■

Клинические рекомендации по аллергическому риниту: ОСНОВНЫЕ ВЫДЕРЖКИ

Документ одобрен Научно-практическим советом Минздрава России, разработан группой ученых из трех общественных организаций: Российской ассоциацией аллергологов и клинических иммунологов, Национальной медицинской ассоциации оториноларингологов, Союза педиатров России.

АЛГОРИТМЫ ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТА С АЛЛЕРГИЧЕСКИМ РИНИТОМ



ИСТОЧНИК
Клинические рекоменда-
ции «Аллергический
ринит», 2020. URL:
[https://cr.minzdrav.gov.ru/
recomend/261_1](https://cr.minzdrav.gov.ru/recommend/261_1)



СТУПЕНЧАТЫЙ ПОДХОД К ТЕРАПИИ АР

Иммунотерапия (АСИТ) Контроль факторов внешней среды (элиминационные мероприятия) Фармакотерапия для контроля симптомов			
1-я ступень	2-я ступень	3-я ступень	4-я ступень (лечение только специалистом)
Один из: нсН1-АГ; интраназальные АГ; кромоглициевая кислота (назальный препарат); АЛР*	Один из: ИНГКС (предпочтительно); нсН1-АГ; интраназальные АГ; АЛР	Комбинация ИНГКС с одним или более из: нсН1-АГ; интраназальные АГ; АЛР	Рассмотреть терапию тяжелого АР омализума- бом** Рассмотреть хирургическое лечение сопутст- вующей патологии
Препараты скорой помощи			
Адреномиметики коротким курсом			Глюкокортикоиды (системного дей- ствия, перораль- ные)
Перепроверить диагноз и/или приверженность к лечению либо влияние сопут- ствующих заболеваний и/или анатомических аномалий, прежде чем увеличивать терапию (step-up)			

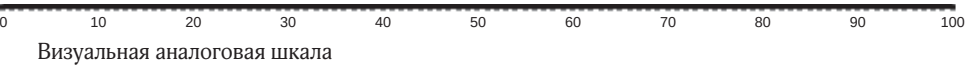
** нсН1-АГ – антигистаминные средства системного действия без седативного эффекта (последнего поколения); АЛР – антагонисты лейкотриеновых рецепторов; ИНГКС – интраназальные глюкокортикостероиды – кортикостероиды для местного, на-
зального применения (код по АТХ R01AD).
** Назначение омализумаба в данной ситуации независимо от показаний к примене-
нию возможно для пациентов 12 лет и старше при недостаточной эффективности пред-
шествующей терапии.

КРИТЕРИИ ОЦЕНКИ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

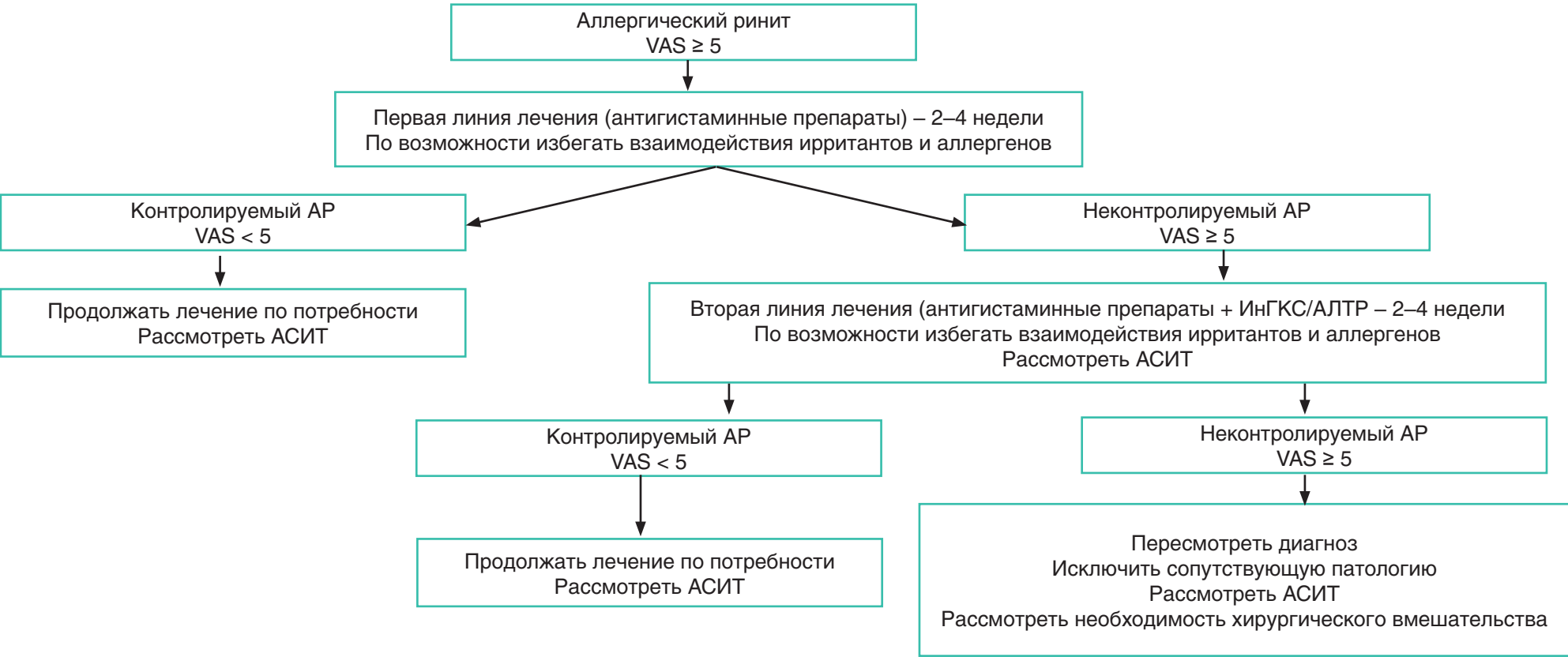
№	Критерии качества	Уровень убедительности рекомендаций	Уровень достоверности доказательств
Этап постановки диагноза			
1	Выявлены характерные жалобы и анамнестические указания на связь симптомов ринита с контактом с аллергеном	C	5
2	Проведена передняя риноскопия	C	5
3	Проведено аллергологическое обследование (кожное тестирование с небактериальными аллергенами или определение уровня аллерген- специфических IgE-антител)	A	1
4	Исключена/выявлена сопутствующая патология носа	C	5
Этап лечения обострения аллергического ринита			
5	Выполнено назначение антигистаминных средств системного действия без седативного эффекта (и/или назначение назальных препаратов противоаллергического действия – местных антигистаминных препаратов)	A	1
6	Выполнено назначение элиминационной терапии (даны рекомендации по ограничению контакта с аллергеном и назначена ирригационная терапия при отсутствии медицинских противопоказаний)	C	3
7	Проведена оценка контроля над симптомами аллергического ринита через 2–4 недели	C	5
8	Рассмотрена целесообразность (выполнено назначение) кортикостероидов (назального применения) и/или антагонистов лейкотриеновых рецепторов (при отсутствии медицинских противопоказаний)	A	1
9	Достигнуто уменьшение (исчезновение) симптомов аллергического ринита	C	5

ВИЗУАЛЬНАЯ АНАЛОГОВАЯ ШКАЛА С АЛГОРИТМОМ ОПТИМИЗАЦИИ ФАРМАКОЛОГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ АЛЛЕРГИЧЕСКОГО РИНИТА

Визуальная аналоговая шкала (ВАШ) представляет собой горизонтальную градуированную линию длиной 10 см (см. рисунок), на которой пациент отмечает вертикальной чертой оценку влияния болезни (например, аллергического ринита) на свое самочувствие, выраженную в баллах от 0 до 100, где 0 – это отсутствие жалоб и симптомов, а 100 – максимально выраженные проявления болезни. Далее расстояние до вертикальной черты измеряется в миллиметрах и выражается в баллах.



Ключ (интерпретация): Результаты от 0 до 50 свидетельствуют о контролируемом течении АР, от 50 и выше – о неконтролируемом течении АР.
Пояснения: для выбора ступени терапии можно использовать результаты ВАШ согласно предложенному алгоритму. Предложенный алгоритм предполагает поэтапное лечение и учитывает предпочтения пациентов в зависимости от результатов ВАШ (VAS). Если сохраняются глазные симптомы, предполагается добавление препаратов для лечения аллергического конъюнктивита.
Пошаговый алгоритм терапии пациентов, получавших лечение ранее, с использованием визуальной аналоговой шкалы (подростки и взрослые)



КРИТЕРИИ КОНТРОЛЯ АЛЛЕРГИЧЕСКОГО РИНИТА

Критерии контроля ринита	Контролируемый
Симптомы	Нет симптомов (заложенность носа, ринорея, чихание, зуд, назальный затек)
Качество жизни	Нет нарушений сна Нет нарушений дневной активности (учеба, работа, занятия в свободное время)
Объективные измерения	Нормальный тест «дыхание с закрытым ртом»* Если доступны, объективные тесты для оценки нормальной назальной проходимости (передняя активная риноманометрия)
Критерии оцениваются за последние четыре недели до консультации Следует учитывать наличие сопутствующих заболеваний (астма, синусит, синдром ночного апноэ), поскольку их обострения могут повлиять на контроль ринита Повышение потребности в препаратах скорой помощи указывает на утрату контроля	

* Пациента просят закрыть рот и дышать исключительно через нос в течение 30 секунд.
Ключ (интерпретация): Любое отклонение от этих критериев указывает на утрату контроля, и терапия step-up может быть рассмотрена. Решение о терапии step-down следует принимать, оценивая клинически бессимптомный период времени (контроль симптомов ринита) в результате предшествующей терапии в течение последних 4 недель.

ШКАЛА ОЦЕНКИ НАЗАЛЬНЫХ СИМПТОМОВ С УЧЕТОМ ПОТРЕБНОСТИ В МЕДИКАМЕНТАХ

Укажите выраженность симптомов по 3-балльной шкале, где 0 – симптомы отсутствуют, 1 – легкие симптомы, 2 – симптомы средней силы, 3 – выраженные проявления.

№ п/п	Симптомы	День терапии/дата													
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
1	Чихание														
2	Водянистые выделения из носа														
3	Заложенность носа														
4	Зуд в полости носа														
	Суммарный балл назальных симптомов**														

Укажите все медикаменты, которые вы принимали.

№ п/п	Медикаменты	День терапии/дата													
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
1	Антигистаминные средства местного или системного действия														
2	Кортикостероиды (местного, назального применения – интраназальные глюкокортикостероиды)														
3	Глюкокортикостероиды (системного действия)														
	Потребность в медикаментах в баллах***														

** Далее врач рассчитывает средний суммарный балл назальных симптомов за последние 7 дней (TNSS – total nasal symptom score). Минимальное допустимое значение TNSS – 0 баллов – означает полное отсутствие симптомов, максимальное допустимое значение TNSS – 12 баллов.
*** Далее врач рассчитывает средний суммарный балл потребности в медикаментах за последние 7 дней (MS – medical score). При этом применение только антигистаминных средств местного или системного применения расценивается как 1 балл, потребность в кортикостероидах местного применения (интраназальных) расценивается как 2 балла, а потребность в глюкокортикостероидах (системного действия) – как 3 балла. Баллы не суммируются, выставляется максимальный балл. Таким образом, минимальное допустимое значение MS равно 0 и означает отсутствие потребности в медикаментах, а максимально допустимое значение MS равно 3 и означает потребность в медикаментах третьей линии).
Ключ (интерпретация): Далее врач рассчитывает скорректированный балл назальных симптомов с учетом потребности в медикаментах за последние 7 дней: TNSS + MS (минимальное допустимое значение равно 0 баллов и означает отсутствие симптомов и потребности в медикаментах, максимальное допустимое значение равно 15 баллов и означает максимальную выраженность симптомов ринита, несмотря на применение медикаментов третьей линии):

TNSS + MS = _____ баллов.

Пояснения: Пациент заполняет данный дневник в период обострения (сезонное обострение и/или период активного контакта с причинно-значимым аллергеном) при первичном обострении и в следующий сезон или через 6–12 мес. после проведения АСИТ. По динамике параметров исходных и после АСИТ принимается решение об эффективности терапии, необходимости повторных курсов или возможности завершения терапии. ■

Клинические рекомендации по аллергическому риниту: информация для пациентов

Аллергический ринит – воспалительное заболевание слизистой носа, обусловленное действием аллергена. Характерными симптомами (проявлениями болезни) аллергического ринита являются следующие:

- чихание;
- заложенность носа;
- водянистые выделения из носа;
- зуд в полости носа.

Часто аллергический ринит сочетается с другими аллергическими заболеваниями: аллергический конъюнктивит (зуд век, покраснение глаз, слезотечение), бронхиальная астма (кашель, приступы затруднения дыхания, свистящее дыхание, одышка), atopический дерматит (зуд кожи, покраснение кожи, сухость кожи, высыпания) и др.

При аллергическом рините симптомы беспокоят при одних и тех же условиях, например:

- при контакте с домашней пылью (во время уборки или в запыленном помещении);
- при контакте с домашними животными (кошки, собаки, морские свинки, лошади и т. д.);
- при чтении книг и журналов, особенно старых;
- в весеннее, летнее и/или осеннее время года.

Вышеуказанные симптомы болезни могут беспокоить в течение всего года, как при **бытовом (круглогодичном) аллергическом рините**, или в определенный сезон (весной, летом и/или осенью), как при **поллинозе**.

Бытовой, или круглогодичный, аллергический ринит связан с **сенсibilизацией** (повышенной чувствительностью) к аллергенам домашней пыли. В состав домашней пыли входят:

- различные волокна (одежды, постельного белья, мебели);
- библиотечная пыль (пылевые частички книг, журналов);
- частички эпидермиса (слущенные частички поверхностных слоев кожи) человека и животных (кошек, собак, грызунов), перхоть животных, перья птиц;
- споры микроскопических плесневых и дрожжевых грибов;
- аллергены тараканов и клещей домашней пыли (частички хитинового панциря и продукты их жизнедеятельности).

Поллиноз, или сeнная лихорадка, или сезонный аллергический ринит, связан с **сенсibilизацией** (повышенной чувствительностью) к аллергенам пыльцы ветроопыляемых растений.

Для каждого региона существует свой календарь **пыления** (цветения) растений, который зависит от климато-географических особенностей.

Для средней полосы России выделяют три основных периода цветения аллергенных растений:

- **весенний** (апрель–май) – связан с цветением **деревьев** (береза, ольха, орешник, дуб и др.);
- **ранний летний** (июнь – середина июля) – связан с цветением **злаковых** или **луговых** трав (тимофеевка, овсяница, ежа, райграс, костер, рожь, мятлик и др.);
- **поздний летний – осенний** (середина июля – сентябрь) – связан с цветением **сорных трав: сложноцветных** (подсолнечник, полынь, амброзия) и **маревых** (лебеда).

При наличии аллергии к пыльце аллергенных растений или спорам плесневых грибов часто отмечаются перекрестные реакции на пищевые продукты. Это связано со схожей структурой аллергена пыльцы растений и определенного продукта. Реакции пищевой непереносимости могут выражаться следующими симптомами: зуд или жжение неба, першение в горле, отек губ, чихание, заложенность носа, зуд век, слезотечение, покраснение кожи вокруг рта, затруднение дыхания, затруднение глотания, отек мягких тканей лица, отек гортани, зудящие высыпания по всему телу, тошнота, рвота, боли в животе, расстройство стула. Крайне редко может отмечаться такая тяжелая реакция, как анафилактический шок. Иногда пациенты с аллергией на пыльцу деревьев отмечают контактный дерматит при чистке молодого картофеля или моркови.

Некоторые пациенты отмечают реакции пищевой непереносимости только в сезон обострения поллиноза, другие – в течение всего года (см. таблицу перекрестных реакций).

Аллергические реакции могут отмечаться на лекарственные и косметические средства растительного происхождения.

исхождения, а для аллергии к грибковым аллергенам – на лекарственные средства грибкового происхождения.

Как проводится диагностика аллергического ринита? Наблюдение и лечение пациента с аллергическим ринитом осуществляется параллельно врачом-оториноларингологом и врачом-аллергологом-иммунологом. При наличии вышеуказанных симптомов необходимо обратиться к врачам обеих специальностей. Врач-оториноларинголог проведет осмотр, оценит наличие анатомических особенностей и другой патологии. Врач-аллерголог-иммунолог проведет диагностику аллергии для выявления причинно-значимых аллергенов.

Для **диагностики** (определения) **причинно-значимых аллергенов** (т. е. тех аллергенов, которые у вас вызывают симптомы аллергического ринита и конъюнктивита) врачи пользуются двумя основными методами.

Постановка кожных скарификационных или прик-тестов: на кожу предплечья или спины наносят капли растворов аллергенов, затем через эти капли скарификатором (специальной иголочкой) делают царапинки или уколы. Помимо растворов аллергенов наносят раствор гистамина (положительный контроль) и тест-контроль (отрицательный контроль). Тест занимает 15–20 мин. У всех людей на положительный контроль образуется покраснение и отечность (волдырь). На отрицательный контроль реакции быть не должно. При наличии аллергии на какое-либо вещество в месте присутствия аллергена образуется покраснение и волдырь, сходные с реакцией на положительный контроль. Накануне и в день постановки теста нельзя принимать антигистаминные средства системного действия. Тест не проводится:

- при выраженном обострении заболевания (например, в сезон пыления причинных растений);
- при повреждении кожных покровов обоих предплечий и спины;
- при невозможности отмены антигистаминных средств системного действия;
- во время беременности и кормления грудью.

При невозможности проведения кожных провокационных тестов проводится **определение уровня специфических IgE (иммуноглобулинов класса E) в сыроворотке крови**.

Что такое IgE и почему он повышается при аллергии? На каждое чужеродное вещество – **антиген** (названное его «вредный агент»), проникающее в организм, иммунная система вырабатывает **антитела** («защитники»), которые должны блокировать и выводить «вредных агентов» из организма. Взаимодействие антигена с антителом строго специфично, они подходят друг к другу как ключ к замку.

В здоровом организме вырабатываются **антитела (иммуноглобулины) класса G (IgG)**, назовем их «действующая армия защитников», которые помогают организму вовремя нейтрализовать врага. У пациента, страдающего аллергией, в организме на конкретный **аллерген** (он же **антиген**) вырабатываются **антитела (иммуноглобулины) класса E (IgE)**, назовем их «альтернативная армия лежачих защитников». Иммуноглобулины класса E располагаются на **тучных клетках** (которые находятся в коже, слизистых оболочках дыхательного и пищеварительного тракта) и **базофилах** (которые находятся в крови). Эти клетки содержат очень много активных веществ, подобных **гистамину** («ключ»), попадая в организм страдающего аллергией, открывает через иммуноглобулины класса E (IgE – «замок») тучные клетки и базофилы, из которых выбрасывается очень много активных веществ, подобных **гистамину**, что и определяет развитие аллергической реакции (покраснение, отек, зуд и др.)

В норме общий уровень IgE крайне низок (менее 130 МЕ), а **специфические IgE** (IgE к конкретным аллергенам) практически не определяются (0–1 класс реакции). При наличии повышенной чувствительности к конкретному аллергену определяются специфические IgE (2–4 класс реакции) и определяется повышение общего уровня IgE (не всегда).

Какие меры профилактики аллергии существуют? Элиминация аллергена, или уменьшение контакта с причинно-значимым аллергеном, является первым и необходимым шагом в лечении аллергии. Особенно важно проводить эти мероприятия, когда имеются серьезные ограничения в медикаментозном лечении (беременность, кормление грудью, ранний детский возраст, тяжелые сопутствующие заболевания).

Уменьшение контакта с бытовыми аллергенами:

- постарайтесь удалить из комнаты, где вы спите и проводите большую часть времени, ковры, мягкие игрушки, шкафы для хранения книг, коробки, гардины из толстого полотна, телевизор, компьютер (около них концентрация пыли значительно повышается);
- замените ковровые покрытия на легко моющийся ламинат, линолеум или деревянные покрытия;
- покрытие стен: следует предпочесть моющиеся обои или крашенные стены;
- замените пуховые, перьевые и шерстяные подушки, матрасы и одеяла на синтетические или ватные; стирайте подушки и одеяла каждый месяц; подушки и одеяла меняйте каждый год; используйте защитные чехлы для матрасов, меняйте их на новые не реже 1 раза в 10 лет;
- покрывала для кроватей должны быть из легко стирающихся тканей без ворса;
- не реже чем 2 раза в неделю проводите влажную уборку; используйте моющие пылесосы с одноразовыми пакетами и фильтрами или пылесосы с резервуаром для воды;
- установите в квартире кондиционер или воздушный фильтр; следите за регулярной сменой фильтров;
- поддерживайте в квартире влажность не более 40% – это уменьшает интенсивность размножения клещей и плесневых грибов;
- не держите домашних животных, птиц или рыбок (даже если у вас нет повышенной чувствительности к эпидермальным аллергенам);
- не держите комнатные растения;
- не храните вещи под кроватью и на шкафах;
- не курите; не используйте духи и другие резко пахнущие вещества, особенно в спреях;
- уборку лучше проводить в отсутствие пациента; если вам приходится убираться самим – при уборке используйте респиратор, способный задерживать мелкие частицы (аллергены);
- не разбрасывайте одежду по комнате; храните одежду в закрытом стенном шкафу; шерстяную и меховую одежду убирайте в чехлы на молнии;
- избегайте открытых книжных полок; книги должны храниться «за стеклом»;
- используйте акарицидные средства – специальные средства, которые уничтожают клещей;
- промывайте нос препаратами для увлажнения, очищения и защиты слизистой оболочки носа, содержащими изотонический солевой раствор, в том числе препаратами на основе морской воды.

Уменьшение контакта с эпидермальными аллергенами:

- безаллергенных животных не существует;
- необходимо расстаться с домашними животными и не заводить новых;
- если это невозможно, то необходимо тщательно пылесосить помещения, мягкую мебель; исключить нахождение животных в спальне; регулярно мыть домашних животных;
- не посещать цирк, зоопарк и дома, где есть животные;
- не пользоваться одеждой из шерсти и меха животных.

Уменьшение контакта с аллергенами плесневых грибов:

- поддерживайте в квартире влажность не более 40%;
- постоянно убирайте и просушивайте помещения, условия в которых способствуют росту плесени (душевые, подвалы);
- следите за регулярной сменой фильтров в кондиционерах;
- после пользования ванной насухо вытирайте все влажные поверхности; для уборки используйте растворы, предупреждающие рост плесени (содержащие хлор, борную кислоту или пищевую соду);
- при наличии протечек, образовании черных точек на стенах необходимо провести ремонт с использованием специальных фунгицидных средств (убивающих грибки и препятствующих их росту);
- не следует содержать аквариумных рыбок, разводить домашние цветы;
- сушите одежду в проветриваемом помещении, вне жилой комнаты;
- не принимайте участие в садовых работах осенью и весной;

- при планировании отдыха избегайте поездок в страны с теплым влажным климатом; избегайте посещения плохо проветриваемых помещений (подвалов, погребов);
- не употребляйте в пищу продукты грибкового происхождения.

Уменьшение контакта с пыльцой растений:

- избегайте пребывания на улице в дни с максимальной концентрацией пыльцы в воздухе; промывайте нос препаратами для увлажнения, очищения и защиты слизистой оболочки носа, содержащими изотонический солевой раствор, в том числе препаратами на основе морской воды;
- исключите из рациона продукты, вызывающие перекрестные аллергические реакции (см. таблицу перекрестных реакций);
- по возможности следует выезжать в регионы, где растения, пыльца которых вызывает аллергию, цветут в другое время или не произрастают (горы на высоте более 1500–2000 метров);
- не используйте лекарственные и косметические средства растительного происхождения; в сезон цветения растений, к пыльце которых есть аллергия, не рекомендовано проведение плановых оперативных вмешательств и профилактической вакцинации. Эти вмешательства необходимо проводить до начала сезона цветения или откладывать на период, когда цветение завершится.

Что делать при появлении симптомов аллергического ринита?

- С целью уменьшения выраженности симптомов возможно применение антигистаминных средств системного действия без седативного эффекта (последнего поколения) в дозировках, соответствующих инструкции к препарату.
- Не используйте сосудосуживающие препараты более 7 дней.
- При отсутствии контроля над симптомами заболевания обратитесь к врачу для коррекции терапии.

Что такое аллерген-специфическая иммунотерапия?

Ни один из лекарственных препаратов, которые вы применяете для облегчения симптомов аллергического ринита, не может изменить отношения вашего организма к аллергену. К сожалению, аллергические болезни имеют тенденцию развиваться как «снежный ком»: сначала это легкие проявления ринита и/или конъюнктивита, затем проявления становятся выраженными и вам не помогают те лекарства, которые действовали раньше, присоединяется сухой кашель, а у кого-то появляются приступы удушья и развивается бронхиальная астма. Если в начале болезни сезон ограничивался 2 неделями, то в дальнейшем он удлиняется или, если присоединилась аллергия на домашнюю пыль, вы весь год себя чувствуете плохо.

Единственным методом, существующим на сегодняшний день, способным изменить отношение вашего организма к аллергену и предотвратить дальнейшее развитие аллергии, является **аллерген-специфическая иммунотерапия (АСИТ)**. Этот метод существует уже более ста лет, широко применяется во всем мире, а в нашей стране используется с 60-х годов прошлого века.

Аллерген, который является причиной вашей болезни (домашняя пыль, клещ домашней пыли, пыльца деревьев или трав), разводят в миллион раз, и в постепенно возрастающих дозах вводят в ваш организм. В результате лечения ваш организм привыкает к этому аллергену и перестает на него так сильно реагировать. В это время в вашей иммунной системе происходят сложные реакции, конечным результатом которых является переключение ненормального (аллергического) на нормальный (здоровый) ответ на этот аллерген.

После проведения АСИТ пациенты отмечают уменьшение проявлений аллергического ринита и/или конъюнктивита вплоть до полного исчезновения, уменьшение потребности в медикаментах и улучшение качества жизни. Эффективность лечения в среднем составляет 70%, а у некоторых пациентов достигает 90%. Эффект отмечается уже после проведения первого курса лечения, но для достижения лучшего эффекта необходимо проведение не менее трех полных курсов. Эффективность выше у тех пациентов, у которых меньше продолжительность и тяжесть заболевания.

Существуют инъекционный и сублингвальный методы проведения АСИТ. Наличие показаний и противопоказаний к АСИТ, выбор лечебного аллергена, назначение АСИТ проводит врач аллерголог-иммунолог.

Учитывая общие тенденции течения аллергических заболеваний, которые «разрастаются как снежный ком», эффективность АСИТ, возможность предотвратить развитие бронхиальной астмы у пациентов с аллергическим ринитом, а также предотвратить расширение спектра причинно-значимых аллергенов (присоединение новых аллергенов, вызывающих реакции), безопасность АСИТ при правильном ее проведении, для многих пациентов АСИТ может стать хорошим методом лечения.

В любом случае только ваш лечащий врач может определить тактику лечения с учетом индивидуальных особенностей вашего организма, течения аллергического заболевания и наличия сопутствующих заболеваний. Не занимайтесь самолечением! Своевременное обращение к врачу поможет вовремя подобрать правильное лечение.

Словарь пациента

Аллерген – вещество, вызывающее развитие аллергической реакции.

Аллергия (атопия) – болезнь, обусловленная действием конкретного аллергена.

Симптомы – проявления болезни.

Ринит – воспалительное заболевание слизистой носа.

Конъюнктивит – воспалительное заболевание слизистой оболочки глаза.

Сенсibilизация – повышенная чувствительность к какому-либо аллергену.

Бытовой (круглогодичный) аллергический ринит связан с **сенсibilизацией** к аллергенам домашней пыли, эпидермальным аллергенам или грибковым аллергенам.

Поллиноз (сенная лихорадка, сезонный аллергический ринит) связан с **сенсibilизацией** к аллергенам пыльцы ветроопыляемых растений.

Диагностика – определение.

Причинно-значимый аллерген – тот аллерген, который вызывают симптомы аллергии.

Элиминация аллергена – уменьшение контакта с причинно-значимым аллергеном. ■

Связь между родовым или послеродовым воздействием табакокурения и аллергическим ринитом у потомства [1]

Ученые больницы Университета традиционной китайской медицины Чэнду установили связь между родовым или послеродовым влиянием табакокурения и аллергическим ринитом у потомства. В метаанализ включены 9 исследований 145934 пациентов с диапазоном годов публикаций 2000–2018. В 4 исследованиях изучались дети, подвергшиеся воздействию материнского курения, 5 исследований посвящены детям, подвергшимся воздействию отцовского курения, в 1 исследовании внимание уделялось воздействию курения обоих родителей. Возраст детей – от 3 до 18 лет.

В результате анализа исследований установлено, что пренатальное и послеродовое воздействие дыма влияет на риск развития аллергического ринита. Так, пренатальное курение матери и курение ребенка в постнатальном периоде увеличивают дополнительный риск

развития аллергического ринита у ребенка. Эта причинно-следственная связь наблюдается как в случае активного, так и пассивного курения.

Ученые выяснили, что курение матери во время беременности вызывает эпигенетические изменения, такие как сверхэкспрессия микроРНК-233, и уменьшает число Т-регуляторных лимфоцитов в пуповинной крови потомства при рождении, что может опосредовать тенденцию к атопии и последующему риску атопии, сохраняющемуся у детей раннего возраста. Кроме того, курение может способствовать IgE-опосредованной сенсибилизации и увеличению аллерген-специфического IgE в назальной жидкости при контакте ребенка-аллергика с респираторными аллергенами, к которым он сенсибилизирован. Курение также может усиливать оксидативный стресс и артериальную дисфункцию у детей при аллергическом рините.



Улучшение симптомов невнимательности и гиперактивности после лечения ринита в реальной клинической практике у детей школьного возраста [2]

Лечение ринита может улучшить симптомы дефицита внимания и гиперактивности у детей, выяснили ученые медицинского факультета больницы Раматибоди Университета Махидол (Таиланд).

Специалисты провели 3-месячное проспективное исследование на популяции детей

в возрасте 5–18 лет с хроническим ринитом. Для оценки сенсибилизации детей к аллергенам были проведены назальный провокационный тест с аллергенами клещей домашней пыли (HDM), кожный прик-тест и тест «Фадитоп». Тяжесть ринита оценивали в соответствии с рекомендациями ARIA. Общий балл назальных симп-

томов и балл по диагностической рейтинговой шкале СДВГ Вандербиля (VADRS) для оценки симптомов невнимательности и гиперактивности регистрировали в начале исследования, а также через 1 и 3 месяца после лечения ринита.

Дети с ринитом были разделены на две группы: аллергический ринит, вызванный HDM (группа AP), и неаллергический ринит с реакцией на HDM (группа HAP). В общей сложности исследование завершили 83 ребенка, у 61 ребенка был AP (73,49%), у 22 детей – HAP (26,5%).

После лечения ринита показатели VADRS, оцененные родителями и учителями, значительно снизились по сравнению с исходными показателями. Существенной разницы в исход-

ной оценке VADRS между группами детей с AP и детей с HAP обнаружено не было. После лечения показатели VADRS, оцениваемые родителями и учителями, достоверно снизились только в группе детей с AP. У 45 (54,2%) детей отмечался персистирующий ринит средней степени тяжести, у 29 (34,9%) – персистирующий ринит легкой степени и у 9 (10,8%) – интермиттирующий ринит легкой степени тяжести. Различий в исходных баллах VADRS в зависимости от степени тяжести ринита отмечено не было.

Общая оценка назальных симптомов и балл VADRS после лечения ринита всех степеней тяжести значительно снизились по сравнению с исходными показателями.

Связь между загрязнением воздуха и риском аллергического ринита [3, 4]

Группа исследователей ведущих медицинских и технических учебных заведений Китая установила, что генетические факторы и факторы окружающей среды непосредственно влияют на развитие аллергических заболеваний. В частности, воздействие загрязнителей воздуха связано с повышенным риском респираторных и аллергических заболеваний. Окружающие

твердые частицы (частицы с аэродинамическим диаметром $<2,5$ и <10 мкм, PM_{10} и $PM_{2,5}$ соответственно) и диоксид азота (NO_2) связаны с развитием астмы, ринита и экземы.

В данный систематический обзор включены 35 исследований в 12 странах, в которых приняли участие в общей сложности 453470 человек всех возрастов. Учеными выявлена взаимосвязь между приростом загрязняющих веществ в атмосферном воздухе на 10 мкг/м³ и распространенностью аллергического ринита для PM_{10} , $PM_{2,5}$ (частиц загрязняющих веществ диаметром от $2,5$ мкм и меньше) и газообразных загрязнителей, таких как NO_2 , SO_2 и O_3 . Значимой связи между CO и аллергическим ринитом не наблюдалось.

Аналогичным образом исследования возрастных групп в Европе показали значительную связь между загрязнением воздуха и аллерги-

ческой сенсибилизацией. Механизмы, особенно окислительный стресс, потенциально объясняют взаимосвязь между загрязнением воздуха и аллергическим ринитом. Было установлено, что потенциальными модификаторами взаимосвязи между загрязнением воздуха и аллергическим ринитом могут быть географический регион и уровень его экономического развития.

Так, в Европе отмечается значительно более сильное воздействие PM_{10} и SO_2 на развитие аллергического ринита, чем в Азии. Однако в Азии более выражена взаимосвязь между аллергическим ринитом и $PM_{2,5}$, NO_2 . Также, взаимосвязь между загрязнением воздуха (особенно загрязнением NO_2) и распространенностью аллергического ринита более существенна в развивающихся, нежели в развитых странах, за исключением PM_{10} .

Кроме того, установлено, что дети и подростки более чувствительны к загрязнению воздуха, чем взрослые.

Загрязнение воздуха оказывает прямое влияние на респираторные симптомы у людей с аллергией, вызывая воспалительную реакцию в дыхательных путях и повышенную восприимчивость к воздействию аэроаллергенов. Кроме того, загрязнение воздуха может иметь косвенные последствия, сочетая аэроаллергены с частицами, такими как дизельный выхлоп, и, как следствие, изменяя их свойства. Загрязнение воздуха и изменение климата могут также вызвать в пылевых зернах усиленную экспрессию аллергических и провоспалительных молекул, связанных с адаптацией растений к абиотическому стрессу.

ССЫЛКИ НА ИСТОЧНИКИ

1. Li X., Jing R., Feng S., et al. Association between prenatal or postpartum exposure to tobacco smoking and allergic rhinitis in the offspring: An updated meta-analysis of nine cohort studies. Tobacco Induced Diseases. 2022;20(April):37. doi:10.18332/tid/146905
2. Thamrongsak C., Chirdkiatgumchai V., Jotikasthira W., et al. Improvement of inattentive and hyperactive symptoms after real-life rhinitis treatment in school-aged children [published online ahead of print, 2022 Apr 10]. Int. J. Pediatr. Otorhinolaryngol. 2022;157:111138. doi:10.1016/j.ijporl.2022.111138
3. Sai L., Wei W., Gang W., et al. Association between exposure to air pollution and risk of allergic rhinitis: A systematic review and meta-analysis. Environmental Research. Volume 205. 2022, 112472, doi:10.1016/j.envres.2021.112472
4. Bergmann K.-C., Ring J. (eds.): History of Allergy. Chem. Immunol. Allergy. Basel, Karger, 2014, vol. 100, pp. 268–277. doi: 10.1159/000359918

ВТОРАЯ ПРЕМИЯ ИМЕНИ АНДРЕЯ ДМИТРИЕВИЧА АДО

За вклад в практическую и фундаментальную аллергологию и иммунологию, научные достижения, имеющие важное научно-практическое значение оригинальные научно-технические решения и разработки, внедренные в практику, а также популяризацию здорового образа жизни



Для участия в премии необходимо:

- 1 Зайти на сайт **allergopremia.ru**.
- 2 Выбрать номинацию.
- 3 Заполнить форму-заявку.
- 4 Направить работу для рассмотрения членами жюри.

Учредители премии:

ООО «Фармарус Принт Медиа»
Российская ассоциация аллергологов и клинических иммунологов (РААКИ)
ФГБУ «ГНЦ институт иммунологии» ФМБА России

Контакты организаторов:
ООО «Фармарус Принт Медиа» / +7 (991) 786-52-73
award@pharmaruspm.ru / allergopremia.ru





Статьи опубликованы в Российском Аллергологическом Журнале, том 19, № 2, 2022

Российский Аллергологический Журнал – высокорейтинговое научное издание – выходит в свет с 2004 года. С 2019 года выходит 1 раз в квартал. С 2007 года РАЖ рекомендован ВАК при Министерстве образования и науки РФ для публикаций основных научных результатов диссертаций на соискание ученых степеней кандидата и доктора наук по специальностям:

- 14.03.09 – клиническая иммунология, аллергология (медицинские науки);
- 14.03.09 – клиническая иммунология, аллергология (биологические науки);
- 03.03.03 – иммунология (медицинские науки).

Индексация:

- SCOPUS;
- Russian Science Citation Index (RSCI) на платформе Web of Science;
- Российский индекс научного цитирования (РИНЦ) на платформе Elibrary;
- Google scholar;
- NLM Catalog;
- ВИНТИ;
- WorldCat.

Учредители:

- Российская ассоциация аллергологов и клинических иммунологов (РААКИ);
- ФГБУ «ГНЦ Институт иммунологии» ФМБА России;
- Издательство «Фармарус Принт Медиа».



Отсроченная аллергическая реакция на употребление в пищу лимона: описание клинического случая

А. С. Прилуцкий, Ю. А. Лыгина

Аллергия на лимон может быть обусловлена как IgE-опосредованными, так и IgG-зависимыми механизмами либо иметь комбинированное IgE/IgG-зависимое или другое происхождение. Аллергические реакции при употреблении в пищу лимона клинически проявляются широким спектром разнообразных симптомов, в том числе нарушениями функции пищеварительной системы (хейлит, эозинофильный эзофагит, гастроэнтерит, колит, синдром раздраженного кишечника). Среди отсроченных аллергических реакций на части плода или эфирные масла лимона описаны только проявления контактного

дерматита. В современных публикациях данные о реакциях на лимон и его компоненты со стороны желудочно-кишечного тракта немногочисленны и представляют собой описания отдельных случаев или анализ частоты сенсибилизации к лимону среди групп пациентов с аллергической патологией пищеварительной системы.

Впервые описан клинический случай сочетанной немедленной и отсроченной аллергической реакции на употребление в пищу лимона, проявившейся оральным аллергическим синдромом и гастроинтестинальными симптомами, у женщины 31 года. У пациентки выявлена полисенсибилизация к различным пищевым, бытовым и пылевым антигенам, перекрестная аллергия к плодам семейства рутовые (апельсин, мандарин, грейпфрут). При помощи прик-прик-теста и иммунофермент-

ного исследования у нее определены аллергия и сенсибилизация к аллергенам мякоти лимона. Установлено наличие в мякоти лимона одного или нескольких термолабильных антигенов, вызывающих немедленные и отсроченные симптомы аллергии. Установлена способность термолабильных аллергенов и/или отдельных антигенных детерминант вызывать отсроченные аллергические реакции, несмотря на воздействие протеолитических ферментов желудочно-кишечного тракта и соляной кислоты. Для подтверждения указанных свойств аллергенных эпитопов целесообразно проведение дополнительных исследований, включающих не только термическое воздействие, но и обработку соляной кислотой и ферментами.

Таким образом, нами впервые показано, что аллергические реакции с гастроинтестинальными

проявлениями на лимон не ограничиваются IgE-зависимыми и клеточно-опосредованными типами гиперчувствительности. Уточнение конкретных механизмов развития аллергии и характеристик эпитопов молекул, вызывающих аллергические реакции, требует исследований с применением комплексной диагностики, включающей как лабораторные методы, в том числе молекулярные, так и проведение провокационных проб.

Для установления устойчивости отдельных антигенных эпитопов аллергенов лимона к воздействию различных факторов желудочно-кишечного тракта необходимы дополнительные исследования с установлением чувствительности белковых молекул аллергенов к указанным факторам.

Влияние некоторых экспосомных факторов на функции филагрина при атопическом дерматите

Д. Ш. Мачарадзе

Атопический дерматит – гетерогенное воспалительное заболевание кожи, на которое влияет множество внутренних (генетических) и внешних факторов. Взаимодействие между генетическими и факторами окружающей сре-

ды является сложным динамичным процессом. Эти факторы влияют друг на друга и могут быть взаимосвязанными.

В обзоре рассматриваются данные о филаггине и некоторых экспосомных факторах, влияющих на него.

Термин «экспосом» включает в себя понятие о влиянии внешних факторов на биологическую среду организма, диапазон которых достаточно разнообразен – от воздействия химических ве-

ществ, психосоциальных и физических факторов до связанных с ними биологических реакций на протяжении всей жизни человека.

В статье обсуждается связь генетической предрасположенности и мутаций филагрина, на которые потенциальное влияние оказывают дефекты кожного барьера, иммунный дисбаланс и разнообразные триггеры.

Рассматриваются также механизмы действия различных экспосомных факторов

на филаггин при атопическом дерматите. Кроме того, факторы окружающей среды могут влиять на экспрессию различных генов и, соответственно, быть причиной эпигенетических изменений у больных атопическим дерматитом.

Изучение эпигенетических изменений имеет важное значение для уточнения молекулярных основ этого кожного заболевания и улучшения методов его терапии.

Бронхиальная астма с точки зрения гликомики

И. Д. Шипунов, В. И. Кунаев, А. В. Жестков

Бронхиальная астма – широко распространенное заболевание, которое с каждым годом все больше обходится медицинской и финансовой системам развитых стран. Растущее бремя бронхиальной астмы обуславливает необходимость поиска наиболее эффективных методов диагностики и лечения различных, в том числе и относительно редких, фенотипов данного заболевания.

С этой точки зрения гликомика является одним из самых интересных и перспективных направлений медицины. Данная отрасль изучает различные углеводные соединения и их роль в развитии заболеваний.

В контексте бронхиальной астмы представляют интерес мембранные рецепторы к конечным продуктам гликирования (RAGE) и их растворимые варианты. Помимо этого, ключевую роль в принципиально новых методах терапии могут играть иммуноглобулиноподобные лектины, связывающие сialовую кислоту (Siglec):

воздействуя на них, можно добиться снижения провоспалительной активности иммуокompетентных клеток и протекции стенок бронхов. Наконец, практически неизученными остаются N- и O-гликаны, потенциально способные играть роль не только в диагностике и верификации бронхиальной астмы, но и в изменении аллергенности отдельных молекул. N-гликаны интересуют ученых не только в диагностическом контексте, но и в роли молекул, воздействуя на которые можно снизить аллергенность, например, яичного белка вакцин.

Гликомика и гликопротеомика – современные, активно развивающиеся разделы медицинской науки, которые открывают новые перспективы в ведении пациентов с заболеваниями многих органов и систем, включая заболевания респираторного тракта в целом и бронхиальной астмы в частности. Несмотря на взрывной характер развития гликонауки, представления об участии изучаемых ею молекул в патогенезе заболеваний дыхательной системы в настоящее время только начинают формироваться.

Проблемы длительного соблюдения элиминационных диет при пищевой аллергии у детей

Е. Е. Емельяшеников, С. Г. Макарова, А. П. Фисенко, Н. Н. Мурашкин, А. А. Галимова, О. А. Ерешко

В последние годы все больше внимания уделяют проблеме контроля и поддержания нутритивного статуса у пациентов с пищевой

аллергией, находящихся на элиминационной диете. Высокая эффективность данного метода лечения сопряжена с риском дефицита нутриентов в питании, нарушением физического развития и пищевого поведения ребенка из-за возможного длительного исключения важных групп продуктов без адекватной замены.

В обзоре рассматриваются проблемы нарушения физического развития детей с пи-

щевой аллергией вследствие недостаточного поступления микронутриентов (витаминов, жирных кислот), в том числе такие особенности поведения, как искажение пищевых и вкусовых предпочтений, пищевая неophobia. Изучены вопросы, связанные с выбором искусственной смеси для детей первого года жизни, коррекцией рациона путем дотации микронутриентов у детей старше одного года, а также результаты исследований качества жизни как

детей, находящихся на элиминационных диетах, так и их семей.

При назначении элиминационной диеты врач должен вести постоянный мониторинг рациона ребенка и показателей его физического развития. Необходимо планировать рацион с учетом возраста ребенка, его потребности в нутриентах и их возможного дефицита, а также определять необходимую и достаточную длительность диеты.

Распространенность и факторы риска пищевой аллергии у детей: обзор эпидемиологических исследований

В.Д. Прокопьева, М.М. Федотова, У.В. Ковалова, В.А. Дочкин, О.С. Федорова

Пищевая аллергия – актуальная проблема педиатрической практики. В последние десятилетия отмечен рост распространенности и увеличение числа тяжелых случаев пищевой аллергии.

Аллергенспецифическая иммунотерапия и доказательства реальной клинической практики (real-world evidence)

Д.О. Тимошенко, К.С. Павлова, О.М. Курбачева

Аллергенспецифическая иммунотерапия является основным методом патогенетического лечения IgE-зависимых аллергических заболеваний, широко применяемым в клинической практике. Полученный в результате рандомизированных плацебоконтролируемых исследований большой объем данных об эффективности аллергенспецифической иммунотерапии оставляет тем не менее открытыми некоторые во-

просы ее применения в рутинной практической деятельности. Ответы на эти вопросы могут быть получены с использованием доказательств реальной клинической практики (real-world evidence, RWE).

При проведении RWE-исследований аллергенспецифической иммунотерапии необходимы соблюдение строгой методологии, многофакторный анализ имеющихся данных, а также применение статистических методов, снижающих риск систематических ошибок. В настоящее время наиболее масштабным и всеобъемлющим является исследование REACT, в которое было включено более 90 тыс. пациентов с аллергическим ринитом из Гер-

мании. В ходе исследования использовался метод статистической корректировки – сопоставление показателей предрасположенности, в результате чего сравниваемые группы пациентов были однородными, а данные, полученные в исследовании, – репрезентативными. В исследовании REACT были получены результаты, имеющие принципиальное значение для клинической практики и системы здравоохранения, показавшие, что аллергенспецифическая иммунотерапия приводит к устойчивому и долгосрочному снижению использования препаратов, назначаемых пациентам с аллергическим ринитом и бронхиальной астмой, улучшению контроля бронхиальной астмы,

и сформированы рекомендации по применению эомолента, содержащего филагринол – стимулятор синтеза филагрина, одного из ключевых белков эпидермиса, с учетом роли последнего в развитии atopического дерматита и ксероза. Эксперты комплексно рассмотрели вопросы выбора средств базовой терапии atopического дерматита, ксероза различной этиологии, обсудили возможности вторичной профилактики atopического дерматита и выработали единые рекомендации о принципах ведения таких пациентов и месте эомолентов в клинической практике. Были высказаны предложения о дальнейших образовательных, информационных и организа-

А.В. Самцов, О.А. Сидоренко, Е.С. Снарская, Е.В. Соколовский, О.Б. Тамразова, Н.С. Таурицкикова, Е.С. Феденко, Н.В. Федотова, Н.В. Шартанова, Е.А. Шатохина, Л.А. Юсупова

В 2021 году прошло два совещания экспертов, в которых приняли участие ведущие специалисты в области дерматовенерологии, косметологии, аллергологии. Рабочими группами совещаний экспертов после обсуждения был оценен вклад дефицита филагрина в патогенез atopического дерматита и других заболеваний/состояний, сопровождающихся ксерозом,

бликованных в период с 1 января 2000 года по 31 декабря 2021 года.

Обзор позволил обобщить и систематизировать накопленные общемировые научные данные о пищевой аллергии. Анализ эпидемиологических исследований продемонстрировал значительную распространенность пищевой аллергии и отразил закономерности ее естественного течения: наиболее высокие показатели отмечены среди детей раннего возраста, а к школьному возрасту распространенность симптомов и под-

твержденной пищевой аллергии постепенно снижается. На основании эпидемиологических данных основными факторами риска пищевой аллергии являются наследственная предрасположенность и внешнесредовые факторы, модифицирующие микробное окружение. Необходимы дальнейшие исследования генетических маркеров пищевой аллергии и изучение роли микробиотических факторов в реализации наследственной предрасположенности к аллергическим заболеваниям.

а также профилактирует развитие обострений и респираторных инфекций у пациентов с бронхиальной астмой. REACT является примером RWE-исследования надлежащего качества со строгой методологией и репрезентативными результатами. Дальнейшее изучение данных реальной клинической практики в соответствии с высокими стандартами качества может не только подтверждать доказательства, полученные в рандомизированных исследованиях, но и быть источником новых доказательств эффективности и безопасности применения аллергенспецифической иммунотерапии в рутинной практике.

Практические вопросы применения эомолентов, содержащих модуляторы филагрина, в ведении пациентов с atopическим дерматитом и ксерозом: резолюция Совета экспертов

Е.Р. Аравийская, А.Л. Бакулев, А.Г. Гаджигороева, О.Г. Елисютина, Р.М. Загртидинова, Д.В. Заславский, О.Р. Зиганишин, А.В. Игнатовский, М.М. Кохан, Л.С. Круглова, О.И. Летяева, А.Н. Львов, Е.В. Матушевская, Т.В. Медведева, Н.Б. Мигачева, К.Н. Монахов, Н.Н. Мурашкин, О.Б. Немчинова, Н.М. Ненашева, О.Ю. Олисова, О.В. Правдина, О.А. Притуло, М.Н. Репецкая, Н.В. Романова,

Омализумаб в лечении сезонных обострений тяжелого аллергического ринита

К.С. Павлова, Д.С. Куличенко, О.М. Курбачева, М.Е. Дынева, Н.И. Ильина

Согласно федеральным клиническим рекомендациям, пациентам с тяжелым персистирующим течением аллергического ринита и/или тяжелым обострением и при неэффективности фармакотерапии 3-й линии (антигистаминные препараты, антагонисты лейкотриеновых рецепторов, назальные кортикостероиды) рекомендуется рассмотреть вопрос о назначении омализумаба, при этом нет практических рекомендаций по схемам и продолжительности терапии омализумабом при тяжелом обострении сезонного аллергического ринита.

Цель – проведение терапии омализумабом пациентам с тяжелым обострением аллергического ринита в сезон цветения причинно-значимых аллергенов для оценки эффективности, определения оптимального режима и продолжительности лечения.

В открытое наблюдательное несравнительное проспективное одноцентровое исследование были отобраны 10 взрослых пациентов с тяжелым обострением сезонного аллергического ринита, вызванного пыльцой березы. Все они получали 3-ю линию терапии в соответствии с федеральными клиническими рекомендациями и имели отсутствие контроля или неполный контроль: TNSS (общая оценка назальных симптомов) ≥ 2 . Всем пациентам был назначен омализумаб, при этом доза и режим введения препарата подобраны в соответствии с инструкцией и учетом общего уровня IgE и веса

пациента. Все пациенты ежедневно заполняли дневники выраженности симптомов и потребности в симптоматической терапии. В качестве первичной конечной точки выбрано уменьшение среднего балла комбинированной шкалы симптомов и медикаментов (Combined Medical and Symptom Score, CMSS).

Дополнительное назначение омализумаба к ранее проводимой терапии позволило улучшить контроль над симптомами аллергического ринита у всех пациентов и уменьшить объем фармакотерапии (Δ TNSS 1,8 [95% ДИ 1,56–2,04]; $p < 0,001$, и Δ CMSS 2,12 [95% ДИ 1,74–2,5]; $p < 0,001$, к седьмому дню от первого введения омализумаба; Δ TNSS 2,53 [95% ДИ 2,05–3,01]; $p < 0,0001$, и Δ CMSS 5,22 [95% ДИ 4,74–5,7]; $p < 0,001$, к 4-й неделе соответственно). Отмечено, что реализация эффекта омализумаба происходит в течение некоторого времени (от 3 до 7

дней). Поскольку в нашем исследовании продолжительность сезона не превышала 1 месяца, нам удалось достичь полного контроля аллергического ринита у всех пациентов с помощью терапии омализумабом с небольшой (1–2) кратностью инъекций. Во время исследования никаких побочных эффектов не зарегистрировано.

Назначение омализумаба пациентам с тяжелым обострением аллергического ринита позволяет достичь полного контроля над симптомами заболевания. Учитывая механизм действия, омализумаб следует вводить по крайней мере за неделю до ожидаемого сезона пыления причинно-значимых растений пациентам с тяжелым течением (согласно анамнестическим данным о предыдущих сезонах), которые не провели своевременно аллергенспецифическую иммунотерапию, и продолжать лечение до окончания сезона пыления причинно-значимых аллергенов.

Комбинированная терапия аллергического ринита: эффективность, безопасность и влияние на качество жизни

К.С. Павлова, Д.С. Куличенко, О.М. Курбачева

В настоящее время аллергический ринит является одним из самых распространенных аллергических заболеваний, значимость которого часто недооценивается как врачами, так и самими пациентами, что приводит к утяжелению его проявлений, снижению физиче-

ской, профессиональной и социальной активности, нарушению сна и ухудшению качества жизни.

Несмотря на наличие современных фармакологических средств, уровень контроля над симптомами аллергического ринита в рутинной клинической практике остается низким. Не видя быстрого результата от применения интраназальных глюкокортикостероидов, обеспечивающих противовоспалительное и патогенетически обоснованное действие, пациенты отказываются от них в пользу бы-

стродействующих сосудосуживающих препаратов, что приводит к хронизации процесса и развитию нежелательных явлений. Применение комбинированных интраназальных глюкокортикостероидов и антигистаминных средств с взаимодополняющим действием на основные этапы патогенеза аллергического воспаления позволяет быстро достигать лучшего контроля над симптомами аллергического ринита и повышает приверженность к терапии.

В данном обзоре представлены результаты клинических исследований и ключевые харак-

теристики нового комбинированного назального спрея, подтвердившего высокую эффективность и хороший профиль безопасности входящих в него фиксированных доз олопатадина и мометазона.

Использование фиксированной комбинации олопатадина и мометазона обеспечивает быстрый эффект в отношении назальных и глазных симптомов у пациентов с аллергическим ринитом, что в конечном итоге приводит к существенному повышению качества жизни.

Резолюция рабочего совещания экспертов по профилю «дерматология»: возможности системной терапии atopического дерматита селективными иммунодепрессантами

А.Л. Бакулев, Е.А. Вишнева, О.Г. Елисютина, Н.И. Ильина, А.Э. Каримова, М.М. Кохан, А.А. Кубанов, К.Н. Монахов, Л.С. Намазова-Баранова, Г.А. Новик, О.Ю. Олисова, В.А. Реякина, Е.В. Соколовский, Е.С. Феденко, М.М. Хобейш

19 февраля 2022 года в Москве состоялось рабочее совещание экспертов по проблеме atopического дерматита под председательством директора ФГБУ «Государственный научный центр дерматовенерологии и косметологии» Минздрава России, д.м.н., профессора, члена-корреспондента РАН А.А. Кубанова, академика РАН, главного внештатного детского специалиста по профилактической медицине, руководителя НИИ педиатрии и охраны здоровья детей ЦКБ РАН Министерства науки

и высшего образования РФ, д.м.н., профессора, академика РАН Л.С. Намазовой-Барановой, заместителя директора по клинической работе, главного врача ФГБУ «ГНЦ «Институт иммунологии» ФМБА России», д.м.н., профессора Н.И. Ильиной.

На совещании поднимались актуальные вопросы оказания медицинской помощи, уменьшения бремени заболевания и улучшения качества жизни пациентов с atopическим дерматитом. Обсуждались новые возможности

и принципы системной терапии у пациентов со среднетяжелым и тяжелым atopическим дерматитом. Были проанализированы данные о новом представителе класса малых молекул – селективном ингибиторе янус-киназы 1 упадацитинибе, который зарегистрирован в Российской Федерации в июне 2021 года, с целью определить его место в алгоритмах терапии atopического дерматита и возможности влияния терапии с его применением на качество жизни пациентов и бремя заболевания.

Календарь событий

Дата	Описание	Место проведения	Регистрация/ подробности	Контакты для связи
1–3 июня 2022 года	ЛЕТНИЙ КОНГРЕСС «ПЛАСТИЧЕСКАЯ, РЕКОНСТРУКТИВНАЯ ХИРУРГИЯ И КОСМЕТОЛОГИЯ» – 2022	г. Санкт-Петербург, Таврический дворец, Шпалерная ул., 47		info@summercongress.ru
4 июня 2022 года	XIII ЦИФРОВАЯ ШКОЛА «МОСКОВСКИЙ АЛЛЕРГОЛОГ-ИММУНОЛОГ» НА ТЕМУ: «МУЛЬТИМОРБИДНЫЙ ПАЦИЕНТ В ПРАКТИКЕ АЛЛЕРГОЛОГА-ИММУНОЛОГА, КЛИНИЧЕСКИЕ И ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ РЕШЕНИЯ»	Онлайн: https://medq.ru/events/1386		info@medq.ru
4 июня 2022 года	КОНФЕРЕНЦИЯ «АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ДЕТСКОЙ РЕСПИРАТОРНОЙ МЕДИЦИНЫ»	Очно: г. Нижний Новгород, просп. Гагарина, 27, Конгресс-Центр «Ока» Онлайн: https://pharmprosvet.ru/event-directory/aktualnye-voprosy-detskoy-respiratornoy-mediciny-4/		ydyukova@pharmprosvet.ru
8–9 июня 2022 года	18-Й МЕЖДУНАРОДНЫЙ МЕЖДИСЦИПЛИНАРНЫЙ КОНГРЕСС ПО АЛЛЕРГОЛОГИИ И ИММУНОЛОГИИ	Онлайн: http://raaci.medtouch.org/		raaci@mbkgrup.org
8–9 июня 2022 года	ВСЕРОССИЙСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ «ОБЕСПЕЧЕНИЕ ПОТРЕБНОСТЕЙ НАЦИОНАЛЬНОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ. ЛЕТО – 2022»	г. Москва, отель «Балчуг Kempinski», ул. Балчуг, д. 1		uncia-conference@kstgroup.ru
10 июня 2022 года	ВЕБИНАР «ЧАС С ЭКСПЕРТОМ. АЛЛЕРГОЛОГИЯ-ИММУНОЛОГИЯ: ОТ ИННОВАЦИЙ К ПРАКТИКЕ»	Онлайн: https://pharmprosvet.ru/event-directory/chas-s-jekspertom-allergologija-immunologija-ot-innovaciy-k-praktike/		mkurenkova@pharmprosvet.ru
15 июня 2022 года	ОНЛАЙН-ШКОЛА: БОЛЕЗНИ НЕПРАВИЛЬНОГО ПИТАНИЯ. МИФЫ И РЕАЛЬНОСТЬ	Онлайн: https://eventumc.com/meropriyatiya/onlajn-shkola-bolezni-nepravilnogo-pitaniya-mify-i-realnost-15622/		info@eventumc.com
16 июня 2022 года	НАУЧНО-ОБРАЗОВАТЕЛЬНАЯ ШКОЛА «ПОДМОСКОВНЫЕ ЧТЕНИЯ. КЛИНИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ В ПРАКТИКЕ ВРАЧА ПЕДИАТРА»	Онлайн: https://pharmprosvet.ru/event-directory/podmoskovnye-chteniya-klinicheskie-rekomendacii-v-praktike-pediatra-2/		mkurenkova@pharmprosvet.ru
26–29 июня 2022 года	ТРЕТЬЯ ПОВОЛЖСКАЯ ШКОЛА ПО АЛЛЕРГОЛОГИИ, КЛИНИЧЕСКОЙ ИММУНОЛОГИИ И ИНФЕКТОЛОГИИ	г. Самара, отель Holiday Inn Samara, ул. Алексея Толстого, д. 9		kсениya.kolganova@shkola-immunologa.ru

Анонс следующего номера

Дорогие коллеги!

Тема следующего номера – крапивница – распространенное заболевание, в диагностике и лечении которого до сих пор остаются спорные и не до конца ясные вопросы.

О современных подходах к диагностике и лечению крапивницы у взрослых расскажет Инна Владимировна Данилычева, кандидат медицинских наук, ведущий научный сотрудник

отделения «Аллергология и иммунотерапия», ФГБУ «ГНЦ Институт иммунологии» ФМБА России.

Об особенностях аллергических заболеваний у детей и трудностях диагностики крапивницы мы поговорим с Юрием Соломоновичем Смолкиным, доктором медицинских наук, профессором кафедры клинической иммунологии и аллергологии Академии постдипломного образования ФГБУ ФНКЦ ФМБА России, вице-

президентом Общероссийской общественной организации «Ассоциация детских аллергологов и иммунологов России» (АДАИР).

Вопросы о холодовой крапивнице, актуальной не только в холодное время года, будут заданы Мешковой Раисе Яковлевне, д.м.н., профессору, заслуженному врачу Российской Федерации, главному внештатному аллергологу-иммунологу департамента Смоленской области по здравоохранению, заведующей ка-

федрой клинической иммунологии и аллергологии Смоленского государственного университета, руководителю центра UCARE.

Обзоры последних зарубежных публикаций о крапивнице, а также новую информацию о недавно появившейся так называемой ковид-крапивнице предоставит Алла Олеговна Литовкина, врач аллерголог-иммунолог, младший научный сотрудник ФГБУ «ГНЦ Институт иммунологии» ФМБА России. ■