

Молекулярная диагностика в аллергологии как предиктор развития аллергии и эффективности аллергенспецифической иммунотерапии

Интервью с доктором медицинских наук,
профессором кафедры клинической аллергологии
ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия
непрерывного профессионального образования»
Минздрава России Н.М. Ненашевой



Molecular
diagnostics
in allergology
as a predictor of
allergy development
and efficiency
of allergenspecific
immunotherapy

Interview with the doctor of medicine, professor of
clinical allergology department of the Russian Medical
Academy of Continuous Professional Training of the
Russian Ministry of Health Natalia Mikhailovna Nenasheva.

К **ак бы вы охарактеризовали сегодня ситуацию с аллергическими заболеваниями в мире и в России?**

– В настоящее время в мире отмечается рост заболеваемости аллергическими патологиями до уровня эпидемий. Четверть населения земного шара страдает от аллергии, и, к сожалению, прогноз неутешителен. Мы ожидаем увеличения частоты аллергических болезней, в частности таких, как бронхиальная астма, аллергический ринит, атопический дерматит. По результатам последних международных мировых исследований больных с бронхиальной

астмой уже больше 350 млн, еще недавно эта цифра была 300 млн. То же самое касается аллергического ринита – уже более 500 млн. человек в мире страдают им. И особенно это касается детской популяции.

– В России растет именно детская заболеваемость?

– Аллергия – это удел прежде всего детей, подростков и молодых взрослых. Собственно говоря, рост заболеваемости начинается в детстве, т.е. большая часть аллергических болезней протекает с ранним дебютом. Например, самый высокий риск заболеть астмой отмечается в первые декады жизни, равно как и аллергическим ринитом, а атопический дерматит, как правило, явля-

ется первым проявлением атопии. Хорошо известно такое понятие, как атопический марш, когда ребенок на первом году жизни начинает страдать от атопического дерматита, а в последующие годы развивается респираторная аллергия, проявляющаяся аллергическим ринитом и бронхиальной астмой. И таких детей становится все больше и соответственно взрослых. Сегодня в России пациентов с аллергическим ринитом в среднем от 10 до 25% в зависимости от региона.

– Эта цифра сравнима с мировой?

– Да вполне, хотя в англоговорящих странах распространенность аллергических болезней еще выше. Международные эксперты шутят, что английский язык – это фактор риска развития аллергических болезней. Хотя, конечно, дело в другом, в том числе, возможно, в лучшей и ранней диагностике. Но факт остается фактом: Великобритания, Северная Америка, Австралия, Новая Зеландия – лидеры по распространенности аллергических болезней, ринита и бронхиальной астмы.

– У нас в стране сегодня есть проблемы с диагностикой?

– С диагностикой у нас стало существенно лучше, поэтому даже по данным официальной статистики таких пациентов становится больше. По официальной статистике Министерства здравоохранения за последние годы число больных астмой увеличивается каждый год на 7%, то есть, безусловно, мы стали лучше выявлять больных с астмой и с аллергическим ринитом.

– Появились ли новые диагностические системы?

– Да, конечно. Это прежде всего методы лабораторной специфической диагностики, позволяющие по анализу крови определить, к какому аллергену или аллергенам сенсibilизирован пациент. У нас появились и стали довольно активно применяться точные методы молекулярной (или компонентной) диагностики на уровне главных аллергенных белков, входящих в состав порой очень сложных по составу аллергенов, таких как пищевые, пыльцевые, эпидермальные.

– Такую диагностику проводят российские компании?

– Такую диагностику проводят сертифицированные лаборатории, обладающие специальным оборудованием и имеющие такие системы, как ImmunoCAP и ISAC. Например, с помощью ISAC-теста можно тестировать кровь на более чем 100 компонентов аллергенов. В настоящее время хорошо известно, что в одном источнике аллергена может быть много ал-

лергенных молекул. Методы молекулярной аллергодиагностики позволяют выявить, к какому именно компоненту аллергена сенсibilизирован пациент. В каждом аллергене есть главные белки, к которым чувствительны и реактивны большинство пациентов. Есть и минорные белки, на которые тоже может развиваться сенсibilизация, но уже значительно реже. Поэтому большая часть аллергических болезней обусловлена именно сенсibilизацией к мажорным, главным, белкам. Выявить и распознать конкретный вид растительного аллергена у пациента, особенно когда сезоны цветения перекрещиваются, или конкретный вид пищевого аллергенного белка позволяет молекулярная/компонентная диагностика.

– Для кого особенно актуальна такая диагностика?

– Прежде всего для детей, страдающих аллергическими заболеваниями: атопическим дерматитом, респираторными аллергиями. Компонентная аллергодиагностика позволяет распознать аллергию к пищевым аллергенам, а у детей пищевая аллергия – это действительно проблема. Кожные пробы с пищевыми аллергенами малоинформативны в силу недостаточной специфичности, поэтому вся надежда на компонентную аллергодиагностику для подтверждения пищевой аллергии. Кроме этого, данный метод позволяет дифференцировать перекрестный или истинный характер аллергии, выявляя Ig E к мажорным и минорным аллергенам. Он помогает зачастую определить истинно виновный пыльцевой аллерген, особенно в случае когда пациент имеет симптомы на протяжении сезона цветения разных растений или круглогодичные симптомы. Очень актуальна такая диагностика для пациентов с поливалентной сенсibilизацией по результатам кожных проб. Например, очень сложно решить, каким аллергеном следует проводить аллергенспецифическую иммунотерапию (АСИТ), если у пациента положительны кожные пробы с аллергенами пыльцы деревьев, луговых и сорных трав, клеца домашней пыли, при этом симптомы у него отмечаются круглый год. В таких случаях понять, к чему он на самом деле сенсibilизирован и каким аллергеном мы можем провести АСИТ, позволяет понять компонентная аллергодиагностика. Если мы выявляем у него сенсibilизацию именно к главным мажорным белкам березы и не выявляем сенсibilизацию к главным белкам тимофеевки луговой, к примеру, будем предлагать ему АСИТ аллергенами пыльцы березы, а не пыльцы луговых трав. Это очень важно для достижения успеха лечения.

– Данная диагностика проводится везде в аллергологических центрах или только в определенных?

– Есть специальные определенные лаборатории, которые выполняют эти тесты. Это платная услуга, зато с очень точным результатом.

– А когда этот тест появился в мире, в России?

– Он появился несколько лет назад. На этих аллергенных молекулах построена сегодня не только диагностика, но и дальнейшее лечение.

– Что вы скажете об АСИТ, развито ли сегодня это направление?

– АСИТ – это уже не диагностика, это уже терапия. Исторически в нашей стране этот метод очень популярен среди аллергологов-иммунологов. АСИТ на сегодняшний день – это единственный метод лечения, который позволяет модифицировать само заболевание, т.е. это не фармакотерапия, хотя ни в коем случае нельзя противопоставлять фармакотерапию АСИТ, потому что и тот и другой метод друг друга дополняют. Нет ни одного пациента, который бы страдал аллергическими болезнями и не пользовался бы фармакотерапией, даже в процессе АСИТ мы все равно назначаем фармакотерапию антигистаминными и/или противоастматическими препаратами, если это пациент с астмой. Но тем не менее фармакотерапия, в отличие от АСИТ, направлена только на контроль симптомов, т.е. она только купирует симптомы, тогда как АСИТ влияет на сам генез болезни, действительно модифицирует иммунную основу заболевания. Есть совершенно конкретный морфологический механизм, который лежит в основе АСИТ, он направлен на формирование специфической толерантности к аллергену. Пациент уже не реагирует на тот аллерген, на который раньше давал выраженную аллергию. Почему? Потому что мы провели полноценный курс АСИТ этим виновным аллергеном на протяжении как минимум трех лет. АСИТ сейчас переживает абсолютный ренессанс, причем не только в России, но и в мире. Появляется огромное количество новых видов и форм аллергенов, исследуются очень активно новые пути введения аллергенов. История использования АСИТ насчитывает больше 100 лет. Ранее в России применялось только подкожное введение водно-солевых отечественных аллергенов. Сейчас же, помимо подкожных, появились сублингвальные аллергены для подъязычного введения. Безусловно, это существенный шаг вперед, потому что данные формы очень берегут время и обеспечивают комплаентность пациента, ибо ему уже не нужно два-три раза в неделю приезжать к доктору. Подкожно аллерген может вводить только врач-аллерголог в своем процедурном кабинете. А сублингвальные аллергены пациент принимает дома, конечно, под контролем и врача, но тем не менее самостоятельно. Именно с появлением этих новых сублингвальных форм аллергенов произошло существенное расширение спектра пациентов, которые можно лечить с помощью АСИТ.

– Какие сублингвальные аллергены используют сегодня в России?

В нашей стране сейчас есть такие аллергены, их производит французская компания Сталлержен. К сожалению, не вся линейка присутствует в России, но есть аллергены клеща домашней пыли как самого распространенного аллергена у пациентов с респираторной аллергией, аллергическим ринитом и бронхиальной астмой прежде всего. Есть аллергены пыльцы березы, главные пыльцевые аллергены для средней полосы России, поскольку большинство пациентов у нас страдают поллинозом, обусловленным аллергией на пыльцу березы. Эти аллергены существуют в жидком виде (капли в специальном дозированном спрее). У нас есть таблетированный аллерген для подъязычного применения Оралэйр – препарат пяти злаковых трав, который используется для лечения поллиноза, вызванного аллергией к злаковым травам. Увы, нет пока аллергена пыльцы полыни и амброзии, но мы надеемся, что они тоже появятся, равно как и аллергены к эпидермису животных, потому что во многих европейских странах, в Северной Америке довольно успешно лечат эпидермальную аллергию с помощью АСИТ.

– В каком возрасте можно использовать эти аллергены? Дети – не исключение?

– Такие аллергены в равной мере работают и для взрослых, и для детей. АСИТ в нашей стране разрешена у детей с пяти лет. Сублингвальная АСИТ для детей даже более важна, чем для взрослых, детям не нравятся уколы, поэтому они плохо переносят подкожное введение аллергена. Схемы и дозы одинаковы для детей и для взрослых. АСИТ – это всегда творчество для врача, пациент может по-разному реагировать, тогда меняются и доза, и схема.

– Как часто пациент, который получает сублингвальную АСИТ, приезжает в клинику?

– Хотя бы раз в месяц пациент должен показываться врачу, он всегда должен быть на связи с врачом, так как реакция может быть разной. Первую дозу принимают в кабинете врача, а в последующем пациент пользуется лекарством дома каждое утро, за 30 минут до завтрака.

– Где можно провести АСИТ?

– У нас очень много таких учреждений, к примеру, наша кафедра аллергологии РМАНПО, расположенная на базе московского аллергологического центра. Большой аллергоцентр с большой консультативной поликлиникой, дневным стационаром и, самое главное, с опытными врачами аллергологами-иммунологами позволяет лечиться большому количеству пациентов и получать АСИТ каждый год: сублингвальную и подкожную, аллергенами и алергоидами.

– Каких открытий ждет российская и мировая аллергология?

– Это очень сложный и интересный вопрос. Мы ждем открытий всегда. Уже ведутся исследования, пытаются создать такую вакцину, которая будет предотвращать развитие аллергических болезней у детей группы риска, чтобы вакцинировать их еще до развития аллергических болезней. В этом направлении работает лаборатория профессора Валента из Университета Вены (Австрия), родоначальника всей молекулярной аллергологии. Это его открытие, которое сейчас взяли на вооружение очень многие лаборатории. Профессор Валента, что особенно важно, очень плотно сотрудничает с российскими аллергологами-иммунологами, часто бывает в нашей стране, читает замечательные лекции, делится опытом.

– Есть ли отличия применения АСИТ-терапии у нас и в других странах?

– В отношении АСИТ-терапии американцы – приверженцы подкожной АСИТ. Только сейчас у них зарегистрированы 2–3 аллергена для сублингвального введения. Причем в Америке традиционно лечат смесью разных аллергенов, даже порой смешивая совсем не гомологичные.

– Но тогда и лечение не будет таргетным?

– Да, верно. Они смешивали не только пыльцевые аллергены, но и клещевые, и домашнюю пыль в одно. Нельзя смешивать клещ домашней пыли, пыльцевые аллергены, потому что клещ домашней пыли как аллерген обладает очень высокой активностью. Он может просто разрушить тот аллерген, который смешан с ним. Американцы объясняют такой подход экономией времени и эффективностью, показанной в национальных исследованиях. Такой метод АСИТ, по мнению американских врачей, более выгоден для пациента, так как он не платит за многочисленные визиты и отдельные аллергены. Но сейчас они пересматривают свои подходы.

– Смешивают ли аллергены российские врачи?

– В нашей стране раньше тоже смешивали, но смешивали только аллергены гомологичные, из одной или похожих групп. Сейчас мы солидарны с европейцами. И Европейское медицинское агентство, и Европейская академия клинической аллергологии-иммунологии придерживаются четкой линии АСИТ отдельными аллергенами. Поэтому есть некоторые противоречия американской и европейской-российской систем.

Беседовала главный редактор журнала
«Медицинский оппонент» **С.В. Камзолова** ◆

ОТКРЫВАЯ НОВЫЕ ГОРИЗОНТЫ



Уникальный состав из 5-ти трав

Правильная доза 300 мкг

Предельно-сезонный
протокол

Таблетированный
аллерген

Просто и легко применять



Оралейр®

300 мкг в 300 мкг или 300 мкг сублингвальные таблетки

Создан для свободы

STALLERGENES  GREER

ИЗБРАННАЯ ИНФОРМАЦИЯ ПО БЕЗОПАСНОСТИ

ОРАЛЕЙР® – экстракт аллергена из смеси пыльников трав (семя сборная, колосок душистой облепихи), пылесек многолетних, злаков луговой, зимнецветущих луговых) ПРОТИВОПОКАЗАНЫ ДЛЯ ПРИМЕНЕНИЯ: Повышенная чувствительность к одному из компонентов смеси (см. перечень компонентов смеси); Беременность; Прием бета-блокаторов; Неконтролируемая или тяжелая бронхиальная астма (общий форсированный выдох менее 70%); Тяжелые иммунодефициты и аутоиммунные заболевания; Онкологические заболевания; Воспалительные заболевания слизистой оболочки рта (бронозно-аллергическая форма красного плоского лишая, лейкоплакия, микозы); Исследованиями непереносимость галактозы, лактазная недостаточность. Лагия, мигрирующие высыпания, гематома и гемангиома, инфильтраты, боль в горле, кашель, удушье, дисфония. Со стороны желудочно-кишечного тракта: зуд, отек, воспаление, раздражение слизистой, послабление в ротовой полости, усиление слюноотделения, сухость во рту, гусь, неспецифичный высыпание во рту, на губах, слизистой, желудочно-кишечные расстройства, воспаление в желудочно-кишечном тракте. Со стороны кожи и подкожных тканей: отечность лица, зуд, крапивница, ангионевротический отек, жжение. Общие расстройства: усталость, чувство тяжести. Пациент должен сообщать лечащему врачу обо всех побочных эффектах. При появлении любых симптомов как отек в горле, затруднение глотания или дыхания, изменение голоса следует прекратить прием препарата и немедленно обратиться к врачу. **ОСОБЫЕ УКАЗАНИЯ И МЕРЫ ПРЕДОСТОРОЖНОСТИ:** При хирургических операциях в полости рта (включая удаление зубов) следует прекратить терапию до полного излечения (по крайней мере в течение 7 дней). В случае развития тяжелых аллергических реакций врач может рассмотреть прием эпинефрина. Иммунизацию можно проводить взрослым и детям с 5-летнего возраста. Перед началом приема препарата, упомянутого и дивина материалы, пожалуйста, ознакомиться с полной инструкцией по применению, предоставленной заводом-производителем.

516-81-5048-0317

1. Инструкция по медицинскому применению препарата ОРАЛЕЙР®. 2. Буклет «Сборная, колосок душистой облепихи, пылесек многолетних, злаков луговой, зимнецветущих луговых». 3. Лечение необходимо начинать за 4 месяца до предполагаемого сезона цветения, продолжая в течение всего сезона пыления и прекращая с его окончанием.