



## Профессор Н.М. НЕНАШЕВА: «В будущем эпидемию аллергических заболеваний можно будет остановить»

*В интервью журналу «Эффективная фармакотерапия» заведующая кафедрой аллергологии и иммунологии Российской медицинской академии непрерывного профессионального образования, д.м.н., профессор Наталья Михайловна НЕНАШЕВА рассказывает о распространенности и новых видах аллергических заболеваний, методах диагностики, позволяющих установить адекватный диагноз, а также оптимальных терапевтических опциях.*

**– Как много людей в нашей стране подвержены аллергии? Какова структура заболеваемости?**

– В России, как и во всем мире, аллергические заболевания (АЗ) являются одними из наиболее распространенных хронических заболеваний, особенно среди детей, подростков и молодых людей. Самым первым АЗ считается атопический дерматит (АтД). Его симптомы нередко проявляются уже в первые шесть месяцев жизни ребенка. Нарушенный кожный барьер при АтД способствует формированию сенсibilизации к пищевым аллергенам и симптомам пищевой аллергии.

Согласно результатам стандартизированного эпидемиологического исследования ISAAC (International Study of Asthma and Allergy in Childhood – Международное исследование астмы и аллергии у детей), распространенность АтД в регионах России варьируется от 6,2 до 15,5%. Данные повторных исследований (спустя пять лет) по оценке распространенности АтД в рамках

этой программы продемонстрировали увеличение данного показателя в 1,9 раза в детской популяции.

По распространенности безусловным лидером является аллергический ринит (АР). Его распространенность в нашей стране, согласно результатам отдельных эпидемиологических исследований, проведенных в разных регионах страны, составляет 10–24%. При этом пик заболеваемости приходится на возраст 18–24 лет. АР часто наблюдается в южных регионах (Краснодарский край, Ставрополье, Астраханская и Ростовская области), где пыльцевой сезон более активный и длительный.

Свыше 70% больных АР имеют симптомы и аллергического конъюнктивита. По крайней мере 40% страдают также бронхиальной астмой (БА). Как известно, у пациентов с АР риск заболеть БА в три раза выше, чем у здоровых лиц. Ринит предшествует формированию астмы. По данным эпидемиологических исследований, в России

распространенность БА среди детей составляет 5,6–12,1%, среди взрослых – 5,6–7,3%. Данные официальной статистики существенно ниже: в 2017 г. зарегистрировано 1,538 млн пациентов с БА. При этом число больных БА ежегодно увеличивается в среднем на 7%. Таким образом, даже официальные статистические данные свидетельствуют о росте заболеваемости БА в РФ за последние 15–20 лет более чем в три раза.

**– Изменилась ли географическая распространенность аллергопатологии?**

– Географическая распространенность АЗ в нашей стране зависит от климатической зоны и экологической обстановки региона. Как уже отмечалось, сезонная аллергия чаще встречается в южных регионах, хотя и для средней полосы сезон цветения деревьев (особенно березы) и луговых трав (тимофеевка, овсяница, ежа, райграсс и др.) сопровождается симптомами поллиноза у многих пациентов – детей



## Актуальное интервью

и взрослых. Изменение климата и глобальное потепление влияют на начало, продолжительность и интенсивность сезона пыления, с одной стороны, и уровень обострений астмы из-за загрязнения воздуха, респираторных инфекций – с другой. Вследствие аномальных природных явлений (смерч, ураган, сильная гроза) участились случаи переноса пыльцы на большие расстояния. Например, зафиксированы случаи заноса пыльцы амброзии в Московский регион.

### – Появились ли новые виды аллергических заболеваний?

– Пожалуй, следует отметить эозинофильный эзофагит. Это заболевание, возникшее совсем недавно. Первое сообщение о нем в литературных источниках датируется 1978 г. В формировании эозинофильного эзофагита задействованы аллергические механизмы. Примерно у 50% детей и подростков с этим заболеванием наблюдаются проявления аллергии со стороны других органов и систем, у 35% пациентов отягощен аллергологический анамнез, у 50–80% имеются аллергические заболевания. У подростков и взрослых эозинофильный эзофагит чаще проявляется симптомами дисфагии и/или эпизодами застревания пищи в пищеводе. Такие явления могут быть вызваны как преходящим спазмом гладкой мускулатуры пищевода, так и ремоделированием и деформацией пищевода (стриктуры, кольца), обусловленными хроническим эозинофильным воспалением. Ключевую роль в диагностике играют эндоскопия и гистология.

– **Совсем скоро, в апреле – мае, начнется сезон цветения, который может вызвать новую волну респираторной аллергии. В это же время повышается заболеваемость острыми респираторными инфекциями. Какие клинические признаки и методы диагностики помогут врачу поставить верный диагноз?**

– Действительно, симптомы АР и острых респираторных вирусных инфекций (ОРВИ) могут имитиро-

вать друг друга. Вместе с тем существуют и клинические различия. ОРВИ вызываются большой группой респираторных вирусов, к которым относятся, в частности, коронавирусы, в том числе COVID-19. В то же время причина развития АР – аллергены окружающей среды, в случае сезонного АР – пыльца растений. Главное отличие состоит в том, что при АР отсутствуют симптомы интоксикации и лихорадки, а продолжительность назальных и конъюнктивальных симптомов существенно превышает таковую при ОРВИ (обычно семь дней). При этом симптомы АР напрямую зависят от контакта с аллергенами – пылью: усиливаются вне помещений, особенно в ясную солнечную погоду, и, напротив, значительно снижаются в помещении. Такого паттерна проявлений симптомы ОРВИ не имеют. При сохранении симптомов острого ринита свыше двух недель и/или частых однотипных рецидивах заболевания необходимо исключить АР. Кроме того, симптомы АР существенно уменьшаются на фоне применения антигистаминных, антилейкотриеновых препаратов, интраназальных глюкокортикостероидов (ГКС). Однако точный диагноз АР можно установить только после аллергологического обследования и выявления «виновного» аллергена.

### – Каков типичный портрет пациента с аллергическим ринитом? Как часто аллергический ринит сочетается с бронхиальной астмой?

– Пациент с АР может быть ребенком, подростком или взрослым, страдающим от ежедневных (при сенсibilизации к бытовым аллергенам – клещу домашней пыли, шерсти домашних животных и/или сезонным – пыльце растений) назальных (ринорея, чихание, зуд в носу, заложенность носа, снижение обоняния) и глазных (зуд и покраснение глаз, слезотечение) симптомов. Пациенты становятся раздражительными, у них появляются головная боль и усталость, снижается работоспособность

и способность к обучению. Как уже упоминалось, АР – фактор риска развития БА, и, согласно результатам исследования, 40% больных АР страдают также от БА, а 80% пациентов с астмой имеют симптомы назальной аллергии. И это неудивительно: верхние и нижние дыхательные пути взаимосвязаны. Пациенты с персистирующими симптомами АР обязательно должны быть обследованы на наличие БА и наоборот. Это важно еще и потому, что оба заболевания – АР и БА усиливают друг друга и неконтролируемый АР способствует неконтролируемому течению БА. У пациентов с АР необходимо собрать тщательный анамнез о наличии симптомов со стороны нижних дыхательных путей и в случае положительных данных провести спирометрическое обследование с тестом на обратимость бронхиальной обструкции.

### – Бронхиальная астма признана гетерогенным заболеванием. Какие фенотипы астмы и какие подходы к их определению представлены в GINA и обновленных федеральных клинических рекомендациях?

– Гетерогенность БА проявляется различными фенотипами заболевания, многие из которых можно выделить в обычной клинической практике. Именно этот принцип лежит в основе выделения фенотипов, предложенных экспертами GINA и национальными экспертами. В федеральных клинических рекомендациях пересмотра 2019 г. и GINA-2019 выделены следующие фенотипы БА: аллергическая, неаллергическая, с поздним дебютом, с фиксированной обструкцией дыхательных путей, БА у больных с ожирением, трудная для лечения, тяжелая БА.

Аллергическая БА – наиболее легко распознаваемый фенотип, обычно начинается в детстве, связана с другими аллергическими заболеваниями (АтД, АР, пищевая аллергия) у пациента или родственников. Для этого фенотипа характерно эозинофильное воспаление дыхательных



## Актуальное интервью

путей. Пациенты с аллергической БА обычно хорошо отвечают на терапию ингаляционными ГКС (ИГКС).

Неаллергическая БА встречается преимущественно у взрослых, не связана с аллергией. Профиль воспаления дыхательных путей у больных с данным фенотипом может быть эозинофильным, нейтрофильным, смешанным или малоградуозитарным. В зависимости от характера воспаления пациенты с неаллергической астмой могут не отвечать на терапию ИГКС.

У некоторых пациентов, особенно женщин, астма развивается впервые во взрослом возрасте. Это БА с поздним дебютом. Больные чаще не имеют аллергии и, как правило, относительно рефрактерны к терапии ГКС или им требуются более высокие дозы ИГКС.

БА с фиксированной обструкцией дыхательных путей наблюдается у ряда пациентов с длительным анамнезом БА. Фиксированная обструкция дыхательных путей скорее всего развивается вследствие ремоделирования бронхиальной стенки. Пациенты с ожирением и БА часто имеют выраженные респираторные симптомы, не связанные с эозинофильным воспалением.

Трудная для лечения БА – это астма, которая не контролируется, несмотря на лечение 4-й или 5-й ступени по GINA (например, ИГКС в средней или высокой дозе со вторым контроллером (длительно действующие бета-2-агонисты или антилейкотриеновые препараты), поддерживающая терапия острого коронарного синдрома), или для которой требуется такое лечение для поддержания хорошего контроля симптомов и уменьшения риска обострений. Во многих случаях БА может быть трудной для лечения из-за неадекватного диагноза или модифицируемых факторов, таких как неправильная техника ингаляции, плохая приверженность лечению, курение или сопутствующие заболевания.

Тяжелая астма относится к подгруппе трудно поддающейся лечению астмы и считается астмой, которая

остается неконтролируемой, несмотря на приверженность максимально оптимизированной терапии и лечению сопутствующих заболеваний, или ухудшается на фоне снижения высоких доз ГКС. У большинства больных тяжелой БА имеют место Т2-эндотип БА и эозинофильное воспаление в слизистой оболочке нижних дыхательных путей, в формировании которого участвуют Th2-лимфоциты и врожденные лимфоидные клетки 2-го типа, генерирующие цитокины Т2-профиля – интерлейкины 4, 5, 13.

**– Какие терапевтические подходы позволяют купировать симптоматику и контролировать течение аллергической БА?**

– Современные цели терапии БА, независимо от фенотипа, заключаются в достижении и поддержании контроля симптомов БА в течение длительного периода и минимизации рисков будущих обострений БА, фиксированной обструкции дыхательных путей и нежелательных побочных эффектов терапии. Для достижения контроля БА существует ступенчатая фармакотерапия. Каждая ступень предусматривает варианты терапии, которые могут служить альтернативой при выборе поддерживающей терапии БА, основанной на применении ИГКС. Первоначальный выбор ступени зависит от выраженности клинических проявлений БА. Фенотип-специфическими методами лечения аллергической БА являются элиминационные мероприятия (минимизация контакта с аллергеном) и аллергенспецифическая иммунотерапия (АСИТ). АСИТ применяется у пациентов с контролируемой или частично контролируемой на фоне фармакотерапии БА. Именно АСИТ позволяет пациентам с аллергической БА сократить объем фармакотерапии и достичь более качественного и стойкого контроля заболевания.

**– Что нас ожидает в ближайшем будущем – рост аллергических заболеваний в популяции или**

**спад? По какому сценарию, на ваш взгляд, будут развиваться события?**

– Прогностические исследования АЗ говорят об их повсеместном росте, что обусловлено уменьшением инфекционных заболеваний, изменением климата и неблагоприятной экологической обстановкой, особенно в экономически развитых странах. Вместе с тем специалистами аллергологами-иммунологами и учеными-исследователями предпринимаются усилия, направленные на профилактику АЗ. Всемирной организацией по аллергии несколько лет назад были сформулированы основные меры первичной профилактики аллергических заболеваний. Они заключаются в поддержании грудного вскармливания, укреплении иммунитета за счет увеличения контактов с окружающей средой, регулярных физических упражнений, здорового и разнообразного питания, внедрения в рацион традиционной средиземноморской и балтийской диет, богатых омега-3 полиненасыщенными жирными кислотами. Антибиотики должны использоваться только при истинной необходимости. Следует помнить, что большинство микроорганизмов полезно и поддерживает функцию иммунной системы. Пробиотические бактерии в ферментированных продуктах или другие пробиотические препараты могут усилить функцию иммунной системы. Как известно, у детей курящих родителей риск развития астмы выше. Отказ от курения – профилактическая мера развития АЗ.

Что касается научно-исследовательской области, ведутся работы по созданию вакцины от АЗ. Кроме того, изучаются возможности уже существующих и новых биологических молекул моноклональных антител против основных участников (клеток, цитокинов, иммуноглобулинов) аллергического иммунного ответа. Думаю, в будущем эпидемию АЗ можно будет остановить. Многие зависят от нас самих. 🌟