



Профессор Н.М. НЕНАШЕВА: «Фенотипспецифическая терапия позволит оптимизировать лечение пациентов с аллергическими заболеваниями»



Об уровне профессиональной компетенции отечественных аллергологов-иммунологов, о наиболее актуальных проблемах их практической деятельности, о персонализированном подходе к лечению больных аллергическими заболеваниями и многом другом с корреспондентом журнала «Эффективная фармакотерапия» беседует доктор медицинских наук, профессор кафедры клинической аллергологии ГБОУ ДПО «Российская медицинская академия последипломного образования» Минздрава России Наталья Михайловна НЕНАШЕВА.

– По роду своей профессиональной деятельности Вы имеете уникальную возможность регулярно общаться с аллергологами-иммунологами из разных регионов России. Как Вы оцениваете уровень их подготовки?

– Кафедра клинической аллергологии РМАПО, являясь одним из старейших центров по обучению врачей аллергологов-иммунологов в системе дополнительного и послевузовского образования, уже 40 лет вносит свой вклад в совершенствование теоретических и практических навыков специалистов. Вот и сегодня на нашей кафедре, возглавляемой профессором Людмилой Александровной Горячкиной, к ученикам и последователям которой я себя с гордостью причисляю, проводится сертификационный цикл для 40 врачей аллергологов-иммунологов со всей страны.

Отмечу, что уровень профессиональной компетенции отечественных аллергологов-иммунологов очень высокий. Впрочем, по сравнению с врачами других специальностей аллергологи-иммунологи всегда отличались высоким уровнем подготовки. Дело в том, что без качественных и глубоких теоретических знаний иммунологических основ аллергических реакций клинический аллерголог состояться не может. Очень часто нам приходится заниматься диагностикой наиболее сложных и нетипичных случаев, которые ставят в тупик терапевтов, педиатров, дерматологов, гастроэнтерологов, оториноларингологов или

врачей других специальностей. Аллерголог-иммунолог зачастую играет роль следователя, выясняя причину той или иной болезни или какой-то непонятной, «странной» реакции организма. Чтобы провести дифференциальную диагностику и поставить окончательный диагноз, необходимо обладать знаниями не только в области аллергологии и иммунологии, но и иметь представления о широком спектре сопутствующих заболеваний, то есть быть хорошим терапевтом, неплохим оториноларингологом, дерматологом, гастроэнтерологом. Все это делает врачей аллергологов-иммунологов уникальными специалистами.

– Однако сейчас существует возможность стать аллергологом-иммунологом буквально за 4–6 месяцев...

– Владеть качественно и глубоко всеми необходимыми знаниями в столь сложной области, как аллергология и иммунология, за 4–6 месяцев первичной специализации невозможно, поэтому наша кафедра несколько лет тому назад отказалась проводить первичную специализацию. Полноценным специалистом можно стать только после окончания двухгодичной клинической ординатуры, которая есть и на нашей кафедре. В течение двух лет ординатор имеет возможность получить теоретическую подготовку, а также под руководством сотрудников кафедры осуществлять практическую деятельность, работая врачом-аллергологом. Сер-



Актуальное интервью

тификат специалиста он получает лишь по окончании двухгодичной ординатуры.

– Педиатр, терапевт, ЛОР-врач, дерматолог, гастроэнтеролог – именно к ним первым приходит пациент с аллергическими заболеваниями. Какие неверные назначения врачей других специальностей приводят к развитию и усугублению аллергических заболеваний?

– Это замечательно, если терапевт, педиатр либо врач другой специальности имеет хоть какое-то представление об аллергических заболеваниях и может своевременно направить пациента к аллергологу. Лечением аллергических болезней, безусловно, должен заниматься врач-аллерголог, который, прежде всего, попытается поставить правильный диагноз, выявить аллерген и приложить все усилия, чтобы его элиминировать. Ведь зачастую, например, при пищевой аллергии, когда аллергеном выступает продукт питания, или при медикаментозной аллергии, когда аллергеном является лекарственное вещество, достаточно его удалить из рациона питания или схемы лечения, чтобы пациент выздоровел.

К сожалению, врачи других специальностей, а иногда и начинающие аллергологи, считая, что аллергические болезни, за исключением астмы, вылечить несложно, начинают лечить симптомы, которые расценивают как аллергические. Возьмем, к примеру, такой симптом, как крапивница. Крапивница – это синдромное понятие, она может возникать в качестве симптома на фоне самых разных хронических, аутоиммунных заболеваний и лишь в небольшом проценте случаев – как истинная аллергия. Но педиатр или терапевт, не выявив истинной причины крапивницы, смело назначает пациенту антигистаминные препараты, да еще первого поколения, седативные, руководствуясь тем, что они давно представлены на рынке и стоят относительно дешево. Порой па-

циент принимает такие препараты месяцами. В результате у ребенка на фоне такой терапии нарушаются когнитивные функции.

Очень часто врачи, вместо того чтобы направить больного аллергическим ринитом к специалисту, начинают лечить ринит деконгестантами. Терапия сосудосуживающими препаратами при аллергическом рините противопоказана и приводит к целому ряду осложнений. Нередко больной приходит за помощью к нам, аллергологам, уже с аллергическим ринитом, осложненным медикаментозным ринитом, который требует длительного лечения интраназальными глюкокортикостероидами.

– По клиническим признакам можно распознать лишь инфекционный ринит, в частности вирусный, поскольку он острый и короткий – проходит через 5–7 дней. В остальных случаях пациента нужно направлять к аллергологу?

– В случае хронического ринита дифференцировать аллергический ринит от неинфекционного неаллергического, фенотипов которого очень много, – задача аллерголога-иммунолога, потому что единственным методом, который позволяет верифицировать аллергический ринит, является обследование с помощью кожных проб и/или специальных лабораторных тестов. Если, проведя все этапы аллергологического обследования, мы не выявим аллерген, тогда совместно с оториноларингологами будем искать причину заболевания и рассматривать его как один из видов, фенотипов, неинфекционного неаллергического ринита. А их много – это может быть идиопатический, гормональный ринит, ринит, вызванный пищей, физической нагрузкой, атрофический ринит и прочие.

– С какими типичными ошибками в диагностике астмы придется сталкиваться врачу-аллергологу?

– К сожалению, врачи других специальностей бронхообструктивный синдром, который является проявлением бронхиальной астмы, часто расценивают как «астматический бронхит», «обструктивный бронхит», хотя таких диагнозов просто не существует. Врач, поставив, мягко говоря, некорректный диагноз, начинает лечить пациента от так называемого обструктивного бронхита, назначая ему вместо базисной противовоспалительной терапии бронхолитические препараты. При этом врач забывает об уже ставшем аксиомой принципе, согласно которому «все, что сопровождается свистящими хрипами у детей, подростков, взрослых или пожилых людей, надо рассматривать как бронхиальную астму, пока не будет доказано обратное». Иными словами, если симптомы дыхательного дискомфорта сопровождаются свистящими хрипами, а свистящие хрипы – это один из главных симптомов бронхоспазма, бронхообструкции, то в первую очередь надо предположить наличие бронхиальной астмы. Необходимо провести специфическое аллергологическое обследование, потому что в большинстве случаев астма имеет аллергический характер, а также целый ряд функциональных тестов. Если результаты обследования отрицают наличие функциональных и аллергических нарушений, необходимо искать другие причины бронхообструкции.

– Модернизация здравоохранения предполагает переход на персонализированную медицину. Что это означает для аллергологов-иммунологов?

– В отечественной медицине всегда культивировался индивидуальный подход к лечению больного. Недаром великий русский врач Матвей Яковлевич Мудров еще в XIX веке говорил, что «лечить нужно не болезнь, а больного». Сегодня персонализированная медицина – это стратегия диагностики,

аллергология и иммунология



Сегодня каждый второй больной имеет неконтролируемую астму, а фенотипспецифическая терапия будет способствовать оптимизации контроля заболевания. Именно поэтому выявление фенотипов – насущная потребность сегодняшнего дня.

лечения и профилактики болезней на основе молекулярно-генетических особенностей организма. Мы находимся в самом начале пути персонализированной медицины. До того как индивидуализированный подход будет внедрен в практику, необходимо реализовать множество условий: создать электронную историю болезни, генетический паспорт пациента, разработать индивидуальный план здоровья для каждого пациента, обеспечить адекватный доступ врача к принятию решений, доступность результатов клинических исследований. Важно понимать, что персонализированная медицина вовсе не означает, что лекарственные препараты, методы диагностики и лечения будут создаваться буквально для каждого пациента.

– В чем тогда заключается суть индивидуализированного подхода?

– Мы должны выделять эндотипы болезней, вычленив группы, субгруппы, кластеры или фенотипы больных, которые будут оптимально отвечать на тот или иной вид терапии, лекарственный препарат. Так, фенотипы бронхиальной астмы различаются в зависимости от этиологических факторов, триггеров, характера течения и, самое главное, от ответа на терапию. В частности, в отдельный фенотип выделяются бронхиальную астму курильщиков. Табакокурение, как ни странно, широко распространено среди пациентов с астмой – считается, что от 25 до 35% больных

астмой курят. Препаратами первой линии в терапии астмы являются ингаляционные глюкокортикостероиды, и большинство пациентов с бронхиальной астмой хорошо на них отвечают. Однако курящие пациенты с астмой либо вовсе не отвечают на терапию топическими глюкокортикостероидами, либо ответ на терапию у них существенно снижен. Следовательно, для активно курящих пациентов с астмой нужно подобрать другой вид лечения. Проведены исследования, результаты которых доказывают, что эффективность антагонистов лейкотриеновых рецепторов не зависит от статуса курения. А значит, курящим больным астмой нужно назначать комбинированную терапию ингаляционным глюкокортикостероидом и монтелукастом либо ингаляционный глюкокортикостероид в сочетании с длительно действующим бета-агонистом или теофиллином. Это поможет усилить действие стероидов и преодолеть стероидную резистентность.

Еще один интересный фенотип – астма в сочетании с ожирением. Оказывается, у пациентов, страдающих ожирением и астмой, также отмечается извращенный ответ на ингаляционные глюкокортикостероиды – по мере увеличения индекса массы тела у них снижается ответ на терапию стероидами. Уже есть результаты пилотных исследований, которые показывают, что ответ на терапию антагонистами лейкотриеновых рецепторов не зависит от индекса массы тела. Монтелукаст равно эффективен и у пациентов с нормальным весом, и у пациентов с повышенным весом, и у пациентов с ожирением. Возможно, при ведении этих больных следует сделать акцент на антагонистах лейкотриеновых рецепторов, а не ингаляционных глюкокортикостероидах, либо на сочетании этих препаратов. Собственно, такой подход к лечению пациентов с бронхиальной астмой и называется фенотипспецифическим.

– Таким образом, фенотипспецифическая терапия может уже в самое ближайшее время стать самым эффективным и востребованным методом лечения?

– Мы уже ею пользуемся. Примером фенотипспецифической терапии, которая применяется с 1911 г., является аллергенспецифическая иммунотерапия. Она эффективна только при фенотипе атопической бронхиальной астмы легкой, среднетяжелой, контролируемой, сопровождающейся небольшим спектром сенсibilизации.

Примером фенотипспецифической терапии является и применение биологических молекул. Пока в арсенале аллерголога-иммунолога есть только одна биологическая молекула – моноклональные антитела против иммуноглобулинов класса E (IgE) – омализумаб. Однако буквально в ближайшее время мы ожидаем прихода в клиническую практику целого ряда биологических молекул. Как известно, многие из них проходят третью фазу клинических исследований – это моноклональные антитела против интерлейкина (ИЛ) 5 и моноклональные антитела против ИЛ-13. Мы знаем, что терапия именно биологическими активными молекулами требует обязательного вычленения фенотипа заболевания. Так, например, омализумаб эффективен только при IgE-обусловленной бронхиальной астме. Применение моноклональных антител против ИЛ-5 и ИЛ-13 будет эффективно только при фенотипе эозинофильной бронхиальной астмы, резистентной, тяжелой бронхиальной астмы.

Сегодня каждый второй больной имеет неконтролируемую астму, а фенотипспецифическая терапия будет способствовать оптимизации контроля заболевания. Именно поэтому выявление фенотипов – насущная потребность сегодняшнего дня. В конечном итоге это позволит повысить качество жизни наших пациентов.

Беседовала С. Евстафьева