



Практические аспекты сублингвальной аллергенспецифической иммунотерапии в вопросах и ответах

Е.В. Передкова

Адрес для переписки: Елена Владимировна Передкова, 7557437@gmail.com

В отличие от высокоэффективных лекарственных средств аллергенспецифическая иммунотерапия способна остановить дальнейшее развитие аллергических заболеваний. Кому показана и кому противопоказана такая терапия? Как оценить ее эффективность? В чем преимущества сублингвальной аллергенспецифической иммунотерапии? Ответы на эти и другие вопросы – в статье.

Ключевые слова: сублингвальная аллергенспецифическая иммунотерапия, IgE-опосредованная аллергическая реакция, аллергический ринит, аллергическая бронхиальная астма

В настоящее время отмечается рост аллергических заболеваний. Ими страдают около 30% взрослых и 50% детей. Наиболее распространенными считаются аллергический ринит (АР) и бронхиальная астма (БА) [1]. Высокоэффективные лекарственные средства позволяют контролировать течение аллергических заболеваний, успешно достигать ремиссии, предупреждать обострения, но не могут влиять на течение самого аллергического процесса, лежащего в основе

патогенеза таких заболеваний. Аллергенспецифическая иммунотерапия (АСИТ) – единственный метод, способный коренным образом менять ответ иммунной системы на аллерген, а следовательно, естественное течение болезни. АСИТ действует практически на все патогенетически значимые звенья аллергического процесса (на клеточный и медиаторный компоненты аллергического воспаления), тормозит раннюю и позднюю фазы IgE-опосредованной аллергической реакции, что является неос-

поримым преимуществом данного метода терапии. Такими свойствами не обладают даже современные фармакологические препараты. Специфическая иммунотерапия важна для профилактики и лечения респираторной аллергии. Сегодня клиническая ценность АСИТ общепризнана. Активно изучаются режимы проведения АСИТ, анализируются роль скорости наращивания дозы, длительность лечения. Подкожный способ введения аллергенов рассматривается как классический метод специфического лечения. Сублингвальная АСИТ (слАСИТ) получила широкое распространение во многих странах, вследствие чего возрос интерес к специфической иммунотерапии в целом. Эффективность и безопасность слАСИТ подтверждены результатами многочисленных крупномасштабных двойных слепых плацебоконтролируемых рандомизированных исследований [2–5].

Как оценить эффективность АСИТ?

Достоверного биологического маркера эффективности АСИТ не существует. Иммунотерапия аллергенами приводит к умень-



шению или полному регрессу клинических симптомов заболевания. По завершении АСИТ снижаются продолжительность обострений болезни (нередко они вовсе отсутствуют) и потребность в медикаментах для базисного и симптоматического лечения. АСИТ позволяет предупредить прогрессирование болезни, утяжеление симптоматики, развитие БА [6]. Как известно, у большинства пациентов, страдающих аллергическими заболеваниями, со временем увеличивается спектр «виновных» аллергенов. Своевременно проведенная АСИТ позволяет этого избежать [7]. Достигнутый профилактический эффект АСИТ сохраняется в течение нескольких лет по ее окончании [8].

Когда следует оценивать эффективность слАСИТ?

Эффективность лечения пыльцевыми аллергенами оценивают в сезон пыления аллергенных растений, а при лечении аллергенами клещей домашней пыли – через шесть месяцев терапии. Ключевой момент – 12 месяцев лечения. Врач принимает решение о продолжении слАСИТ, если:

- ✓ уменьшились симптомы;
- ✓ снизилась потребность в фармакотерапии;
- ✓ улучшилось качество жизни;
- ✓ пациент выполняет требования протокола лечения;
- ✓ отмечается хороший профиль безопасности;
- ✓ пациент удовлетворен результатами лечения.

В настоящее время Всемирная организация здравоохранения рекомендует использовать только стандартизированные аллергены в соответствии с требованиями к их качеству. Такой подход обеспечивает постоянство концентрации и активности аллергена, облегчает подбор дозы, делает возможным прогноз реакции пациента, дает уверенность в безопасности и эффективности лечения.

Кому проводят АСИТ?

АСИТ целесообразно проводить пациентам с аллергическими забо-

леваниями (аллергический ринит, аллергическая БА, аллергические реакции на укусы перепончатокрылых насекомых). Чем раньше начато специфическое лечение, тем выше вероятность достижения клинического эффекта. Промедление может сказаться на эффективности АСИТ.

Общие показания для проведения АСИТ

Иммуноterapia проводится только при подтверждении IgE-зависимого механизма сенсибилизации (результаты кожных тестов или уровень специфических IgE 2-го класса реакции и выше). В ряде случаев выполняют провокационные тесты. Врач должен быть уверен, что за развитие клинических проявлений отвечают именно эти аллергены. Должны быть купированы обострения интеркуррентных заболеваний. До начала АСИТ обязательно проводятся элиминационные мероприятия. АСИТ показана пациентам:

- ✓ с аллергическим ринитом (риноконъюнктивитом);
- ✓ с контролируемой легкой и среднетяжелой БА (объем форсированного выдоха за первую секунду (ОФВ₁) ≥ 70% от должной величины);
- ✓ имеющим как бронхиальные, так и риноконъюнктивальные симптомы;
- ✓ у которых симптомы болезни не исчезают после элиминации аллергенов или полная элиминация невозможна;
- ✓ которые отказываются от фармакотерапии или у которых такая терапия оказывает нежелательные эффекты.

Кроме того, АСИТ показана при анафилактических реакциях на ужаление перепончатокрылых насекомых.

В федеральных клинических рекомендациях по иммунологии и аллергологии 2014 г. перечень пациентов, которым показана АСИТ, дополнен пациентами, страдающими атопическим дерматитом легкого и среднетяжелого течения с высокой степенью сенсибилизации [9]. В международных кли-

нических рекомендациях по проведению АСИТ таких показаний пока нет.

Кому противопоказана АСИТ?

Существуют абсолютные и временные противопоказания к проведению АСИТ.

Абсолютные противопоказания для любого метода АСИТ:

- тяжелые иммунопатологические состояния и иммунодефициты;
- онкологические заболевания;
- психические расстройства;
- лечение бета-блокаторами, в том числе топическими;
- прием ингибиторов моноаминоксидазы в сочетании с симпатомиметиками;
- тяжелая форма БА, отсутствие контроля БА (ОФВ₁ < 70% от должного значения на фоне проведения адекватной фармакотерапии);
- сердечно-сосудистые заболевания, при которых возможны осложнения в случае использования адреналина (эпинефрина);
- невозможность или нежелание пациента соблюдать схему и режим лечения;
- тяжелые заболевания внутренних органов, нервной, эндокринной систем, болезни крови;
- наличие в анамнезе анафилактического шока при проведении АСИТ (для подкожной АСИТ);
- детский возраст до пяти лет;
- беременность и грудное вскармливание.

При наличии абсолютных противопоказаний АСИТ проводить не следует.

Состояние слизистой оболочки полости рта особенно важно при проведении слАСИТ. Известны особенности механизма слАСИТ: захват аллергена дендритными клетками Лангерганса, миграция через слизистую оболочку к лимфатическим узлам и последующая индукция иммунорегуляторных механизмов [10].

Принимая решение о лечении сублингвальными аллергенами, необходимо учитывать возможные дополнительные противопоказания:

- персистирующие повреждения и тяжелые воспалительные за-



болевания слизистой оболочки полости рта;

- персистирующие заболевания пародонта;
- открытая рана в полости рта;
- недавняя экстракция зуба или другие хирургические манипуляции в полости рта;
- гингивит, кровоточивость десен.

Временные противопоказания для любого вида АСИТ:

- нестабильное течение БА;
- другие нестабильные аллергические заболевания;
- лихорадка;
- любые интеркуррентные заболевания в стадии обострения;
- вакцинация.

Временные противопоказания позволяют назначать АСИТ только после купирования обострения аллергических заболеваний, БА, интеркуррентных заболеваний и соблюдения временных интервалов после вакцинации.

Существуют ли возрастные ограничения для проведения АСИТ?

Нижняя возрастная граница для проведения АСИТ – пять лет. Верхней возрастной границы не установлено. АСИТ проводят пациентам в возрасте до 60 лет. Однако если существуют четкие показания, отсутствуют противопоказания, то проведение такого лечения возможно и у лиц старше 60 лет. Врач принимает решение индивидуально в каждом конкретном случае.

Что должен знать пациент, которому назначена АСИТ?

Пациента необходимо информировать о причинах заболевания и возможных последствиях его прогрессирования. Он должен понимать цель АСИТ, ее отличия от фармакотерапии, иметь представление об оптимальной продолжительности терапии и времени наступления клинического эффекта. Пациенту следует разъяснить важность соблюдения протокола лечения, возможность появления нежелательных эффектов и способы их устранения.

Образование пациентов как способ повышения приверженности АСИТ

По данным исследования, проведенного в Европе в 2010 г., среди пациентов, посетивших аллерголога всего один раз в году, около 70% прекратили слАСИТ в течение двух лет. Среди тех, кто посетил врача дважды, 32% прервали терапию, среди посетивших врача три раза прекратили лечение только 18% [11]. По результатам другого опроса, пациентов, продолживших терапию в течение шести месяцев после участия в трехчасовой образовательной программе, насчитывалось 96%. Эта программа включала информацию о заболевании, методах терапии, оптимальной продолжительности лечения и возможных побочных эффектах. В группе тех, кто получил исключительно устные рекомендации, только 77% продолжили лечение [12].

Пациент, получающий слАСИТ, должен находиться в постоянном контакте с врачом. От уровня осведомленности пациента в начале терапии во многом зависит, продолжит он лечение или самостоятельно прекратит его. Посещение врача как минимум два-три раза в год позволяет сохранить приверженность терапии в течение необходимого периода (3–5 лет), даже если пациент уже после первого курса чувствует себя хорошо. Необходимо помнить, что длительность эффекта АСИТ зависит от длительности курса терапии.

В чем преимущества слАСИТ?

Одинаково высокая эффективность подкожной АСИТ и слАСИТ подтверждена данными метаанализа [12]. Наиболее безопасным оказался сублингвальный метод. Если для набора дозы (первая фаза лечения) при подкожном методе требуется несколько месяцев, то при слАСИТ необходимая доза достигается в течение трех дней при лечении аллергенами в форме таблеток и в течение 9–11 дней – аллергенами в форме капель. Инъекции аллергенов проводятся специально обученным медицин-

ским персоналом исключительно в аллергологическом кабинете. Сублингвальные аллергены можно применять в домашних условиях. Конечно, контроль врача за проведением лечения аллергенами любым методом обязателен. Визиты к врачу при лечении сублингвальными пыльцевыми аллергенами необходимы через месяц после начала терапии (оценка безопасности и правильности применения препарата), в сезон пыления аллергенных растений (безопасность и оценка интенсивности симптомов, решение вопроса о необходимости фармакотерапии, контроль за соблюдением режима лечения) и по окончании пыльцевого сезона для оценки эффективности. Если слАСИТ проводится аллергенами клещей, через месяц оценивают безопасность препарата и правильность применения аллергена, через три месяца – безопасность и приверженность терапии, а через 12, 16, 20, 24, 28, 32, 36 месяцев – эффективность и приверженность лечению. Частота визитов может меняться в зависимости от общего состояния пациента и реакции на аллерген. Для слАСИТ доказана долговременная эффективность. Так, проведение слАСИТ аллергенами клеща домашней пыли в течение четырех лет способствовало наступлению восьмилетней клинической ремиссии [8]. Доказан профилактический эффект в отношении возникновения новых сенсбилизаций, профилактический эффект в отношении развития астмы [13].

Каким пациентам можно рекомендовать слАСИТ?

Сублингвальная АСИТ рекомендуется:

- ✓ дисциплинированным, самостоятельно выполняющим предписания врача пациентам;
- ✓ лицам, не имеющим возможности часто посещать врача;
- ✓ пациентам, у которых попытка проведения АСИТ подкожным методом не удалась из-за выраженных побочных реакций или иных причин;



✓ детям и взрослым, не желающим получать инъекции.

Можно ли проводить АСИТ, в том числе сублингвальным методом, во время беременности и грудного вскармливания?

В исследованиях у животных не выявлено потенциальных тератогенных и эмбриотоксических свойств лечебных аллергенов. Не получено статистически достоверных данных, свидетельствующих о влиянии на сперматогенез, овариогенез и фертильность. У животных применение лечебных аллергенов не приводило к летальному, токсическому или тератогенному действию на плод, не изменяло функциональных свойств плаценты. Не наблюдалось изменения активности миоэлектрической активности и рождения плода с пороками развития.

В настоящее время не обнаружено нежелательного влияния аллергена на плод у женщин, получавших АСИТ во время беременности. При проведении АСИТ любым методом необходимо учитывать возможный риск развития системных реакций. Эти реакции способны привести к прерыванию беременности, потребовать применения адреналина, противопоказанного беременной. Поэтому, если беременность наступила во время лечения, АСИТ следует прекратить [8].

Клинических данных о применении АСИТ во время лактации нет. Проводить АСИТ в период грудного вскармливания не рекомендуется. Изучена безопасность слАСИТ во время беременности. 155 пациенток получали слАСИТ, 24 из них лечились аллергенами впервые. Анализировалась частота развития токсикозов, самопроизвольных аборт, перинатальной смертности, рождения недоношенных детей и детей с пороками развития. За шестилетний период в группе больных, получавших слАСИТ, осложнений отмечалось меньше, чем в общей популяции и в контрольных группах. Авторы сделали вывод о безопасности слАСИТ

[14]. Однако вопросы АСИТ во время беременности и грудного вскармливания требуют дальнейшего изучения.

Проводится ли вакцинация пациенту, получающему АСИТ?

В ряде случаев во время проведения АСИТ возникает необходимость в вакцинации. Плановая вакцинация проводится за месяц до начала АСИТ или после ее окончания. Вакцинацию не рекомендуется проводить в период наращивания дозы. При проведении АСИТ в течение трех лет и более на этапе поддерживающей терапии при необходимости вакцинации надо выполнить ряд условий. Они касаются и подкожной, и сублингвальной АСИТ:

- введение аллергена и вакцины в один день запрещено;
- вакцинация возможна не ранее чем через 7–10 дней после введения аллергена;
- следующая инъекция аллергена возможна не ранее чем через три недели после вакцинации. Аллерген вводится только в отсутствие побочных реакций на введение вакцины.

При слАСИТ на этапе поддерживающей терапии для проведения вакцинации необходим перерыв в применении аллергена. Следует прекратить его прием за три дня до вакцинации и в течение 10–14 дней после введения вакцины [9].

Насколько важна элиминация «виновных» аллергенов при проведении слАСИТ?

Элиминация «виновных» аллергенов – важный фактор успеха АСИТ, и не имеет значения, каким методом она проводится. Игрет роль снижение концентрации клещей домашней пыли в доме пациентов, имеющих сенсibilизацию к ним. Необходим контроль за концентрацией пыльцы растений в воздухе помещений в период естественной экспозиции аллергенов. У ряда пациентов с респираторной сенсibilизацией к пыльцевым аллергенам развивается перекрестная пищевая аллергия к продуктам растительного

происхождения. Такие реакции могут возникать через несколько лет после проявлений пыльцевой аллергии и значительно реже предшествуют им. Этот феномен обусловлен наличием в растениях белков, паналлергенов (профилинов), имеющих сходство молекул антигенов между пыльцой растений и его листьями, стеблями, плодами и родственными растениями [15]. Мероприятия, направленные на исключение или уменьшение контакта с аллергенами, позволяют снизить риск возникновения нежелательных реакций в процессе лечения.

Каков риск побочных эффектов при проведении слАСИТ?

При проведении АСИТ любым методом могут развиваться побочные реакции. О риске их развития должен быть информирован каждый пациент, начинающий лечение. Высокий профиль безопасности – одно из преимуществ слАСИТ. Этот метод специфического лечения применяется уже более 20 лет. За этот период не было зарегистрировано ни одного летального исхода.

Нежелательные побочные эффекты могут быть местными и системными.

Местные реакции при слАСИТ возникают обычно на этапе набора дозы и регистрируются у 75% пациентов [16]. Как правило, они проходят самостоятельно в течение 15 минут после приема аллергена. Местные реакции проявляются зудом, жжением в полости рта, отеком слизистой оболочки полости рта, языка.

Системные реакции возникают обычно в течение нескольких минут после приема аллергена, иногда спустя 30 минут. Такие реакции развиваются вне области введения аллергена. Системные реакции легкой и средней степени тяжести, как правило, не угрожают жизни. Тяжелые реакции считаются жизнеугрожающими.

Легкие системные реакции: заложенность носа, чихание, зуд в носу, зуд век, слезотечение, першение в горле, сухой кашель.



Системные реакции средней тяжести: затруднение дыхания, кожный зуд, высыпания.

Тяжелые системные реакции: бронхоспазм, снижение пиковой скорости выдоха более чем на 40%, отек гортани, генерализованная крапивница, анафилактический шок.

Угрожающие жизни реакции требуют интенсивной терапии и стационарного наблюдения в течение суток. Частота развития системных реакций зависит от тяжести основного заболевания, степени сенсibilизации, наличия сопутствующих заболеваний. Чаще такие реакции наблюдаются у пациентов с БА и крапивницей [16]. При слАСИТ системные реакции редки. При возникновении системных реакций врач должен пересмотреть программу лечения.

Каковы причины развития системных реакций?

Несмотря на то что слАСИТ – наиболее безопасный метод специфического лечения, вероятность развития системных реакций существует. Пациенты должны быть проинформированы о признаках побочных реакций, об их раннем распознавании, о действиях в соответствии с указаниями врача. В ряде случаев лечение проводят нестандартизированными препаратами, что считается недопустимым и может стать причиной развития таких реакций.

Иногда применяют смеси аллергенов, что также отрицательно влияет на безопасность лечения. Нарушение протокола лечения, длительные перерывы в при-

еме аллергенов, передозировка, интенсивные протоколы лечения – наиболее частые причины развития системных побочных реакций.

Следует учитывать проявления уже возникавших системных реакций, тяжелых местных реакций. При проведении АСИТ любым методом необходимо соблюдать гипоаллергенную диету, исключить из рациона продукты, обладающие перекрестными аллергенными свойствами с пыльцевыми аллергенами, у лиц, имеющих сенсibilизацию к ним. Острые инфекции, обострение сопутствующих заболеваний, обострение БА, стресс, интенсивные физические нагрузки – факторы риска тяжелых системных реакций [17–19]. Повреждение слизистой оболочки полости рта, такие заболевания, как гингивиты, стоматиты, глосситы, хирургические вмешательства в полости рта, экстракция зубов, приводят к нарушению всасывания и трансформации аллергена.

В профилактике побочных реакций особенно важна роль врача. Правильное представление о характере заболевания, его тяжести, выявление полного спектра сенсibilизации, выбор оптимального метода лечения для конкретного больного – залог успешного и безопасного лечения.

Каков алгоритм действий врача при развитии побочных реакций?

При легких или умеренно выраженных местных реакциях, впервые появившихся и самостоятельно проходящих, можно продолжить лечение без изменения. Возможен вариант возврата к предыдущей дозе с ее постепенным наращиванием.

При легких или умеренных системных реакциях необходимо прекратить прием препарата на 48 часов. Далее, если состояние нормализуется, можно возобновить прием препарата, сократив дозу в два раза по сравнению с последней принятой дозой. Для купирования таких реакций применяют антигистаминные пре-

параты, бета-2-агонисты, глюкокортикостероиды (перорально, парентерально).

При сильных местных реакциях, выраженных системных реакциях лечение прекращают до улучшения состояния пациента, тщательно анализируют причины появления реакций. Возобновляют лечение с осторожностью на фоне базисной фармакотерапии. АСИТ отменяют только в тяжелых случаях.

Как поступать, если в приеме аллергенов был перерыв?

Если перерыв в лечении вызван болезнью, перед возобновлением лечения необходимо проанализировать состояние пациента и результаты проведенной фармакотерапии. Решение о дальнейшем приеме аллергенов принимается исходя из полученных данных.

Если перерыв в лечении не был связан с заболеванием, алгоритм действий будет следующим.

Этап набора дозы. В случае перерыва менее семи дней продолжают набор дозы. При перерыве от недели и более месяца лечение возобновляют с одной дозы той концентрации, на которой лечение было приостановлено. Затем продолжают набор дозы.

Этап поддерживающей терапии. В случае семидневного перерыва лечение возобновляют без изменений. При перерыве от недели до месяца возобновляют прием аллергена с одной дозы используемой концентрации и увеличивают дозу по схеме начального этапа до максимально хорошо переносимой дозы. При перерыве более месяца лечение возобновляют после осмотра аллерголога. Первую после перерыва дозу применяют в присутствии врача. Лечение возобновляют с одной дозы, далее ее увеличивают по схеме начального этапа. В ряде случаев врач принимает решение о возобновлении лечения с самого начала (с этапа набора дозы).

Когда проведение слАСИТ следует приостановить?

Терапию временно приостанавливают в следующих случаях:

Благодаря
длительному долговременному эффекту
аллергенспецифическая иммунотерапия
способна остановить
дальнейшее развитие аллергии
и прогрессирование заболевания



- экстракция или потеря зуба, хирургические манипуляции в полости рта, травма, вызвавшая кровотечение;
- инфекционные заболевания;
- острый гастроэнтерит;
- воспаление в полости рта, глотки.

Лечение можно продолжить лишь после полного выздоровления. В каждом конкретном случае решение о первой после перерыва дозе врач принимает в зависимости от состояния больного, длительности перерыва, фазы лечения, последней дозы аллергена.

Кроме того, проведение слАСИТ временно приостанавливают при обострении аллергического заболевания, БА. В этом случае нужно проанализировать причины развития обострения, при необходимости принять меры для более полной элиминации аллергенов. Обострение БА может потребовать изменения или назначения базисной терапии, если пациент ее ранее не получал. После восстановления контроля в ряде случаев программу лечения пересматривают.

Можно ли перейти с подкожного метода лечения аллергенами на сублингвальный, и наоборот?

Если принято решение о смене метода АСИТ, независимо от того, в какой фазе лечения находится пациент (фаза набора дозы или фаза поддерживающей терапии), лечение новым методом начинается с фазы набора дозы. Такой подход позволяет избежать риска развития побочных реакций. Переход с одного метода на другой должен быть взвешенным и обоснованным. Следует учитывать особенности каждого метода, взвешивать все показания и противопоказания к лечению.

Сколько различных сенсбилизаций может иметь пациент, чтобы рассчитывать на успех слАСИТ?

Оптимально не более двух групп аллергенов. Начинают, как правило, лечение одним, наиболее значимым аллергеном. Выбор

основывается на таких характеристиках, как наибольшая продолжительность симптомов в году, наиболее тяжелые симптомы, основное влияние на качество жизни, степень контакта с аллергеном.

Выбор наиболее значимого аллергена не должен основываться на интенсивности кожных проб и уровне специфического IgE.

Начинают лечение в зависимости от выбранного аллергена. Выбирают или предсезонно-сезонный протокол (пыльцевые аллергены), или круглогодичное лечение (аллергены клещей домашней пыли). После года лечения оценивают его эффективность, переносимость (побочные реакции). На следующий год начинают терапию вторым аллергеном (протокол зависит от вида аллергена), продолжая лечение первым аллергеном (поддерживающая стадия круглогодичного протокола или продолжение предсезонно-сезонного лечения).

Если пациент получает лечение двумя аллергенами, какова последовательность их приема?

Аллергены нужно принимать утром до завтрака. Сначала пациент принимает первый аллерген, а через 30–40 минут второй. В ряде случаев допускается прием первого аллергена до завтрака, второго – перед обедом. Аллергены необходимо принимать в определенное время дня, регулярно.

Возможна ли фармакотерапия на фоне АСИТ?

При возникновении местных или системных реакций в период лечения или появлении симптомов поллиноза в сезон пыления аллергенных растений могут назначаться антигистаминные средства, антилейкотриеновые препараты, бета-2-агонисты, топические, а иногда и системные глюкокортикостероиды. Спектр назначаемых препаратов зависит от клинической картины. На эффективность АСИТ применение медикаментов не влияет.

В чем причины неудачи слАСИТ?

Несоблюдение пациентом протокола лечения. Длительные перерывы в приеме аллергена, несвоевременный прием аллергенов, слишком затянутый период наращивания дозы, нежелание пациента лечиться и т.д.

Резкое увеличение концентрации аллергена. Интенсивное пыление при сухой, жаркой, ветреной погоде. Увеличение концентрации бытовых аллергенов (ремонт в помещении, переезд, уборка).

1. Неблагоприятное течение сопутствующих заболеваний.
2. Низкая поддерживающая доза аллергена.
3. Неправильный выбор аллергенов для АСИТ.
4. Неполное выявление спектра сенсбилизации.
5. Неверные показания для АСИТ у конкретного пациента.

Прежде чем отказаться от дальнейшего проведения АСИТ, необходимо уточнить диагноз, сенсбилизацию, роль сопутствующих заболеваний, комплаентность пациента (количество принятого препарата, пропуски в приеме аллергена, раздражающие факторы, семейная ситуация).

Сублингвальная АСИТ проводится строго по протоколу в соответствии с инструкцией к лечебному аллергену. Кратность применения препарата корректируется в зависимости от переносимости лечения и общего состояния пациента. В сезон пыления аллергенных растений этап наращивания доз исключается, а поддерживающие дозы применяются при условии, что в этот период пациент находится в клинической ремиссии. При появлении симптоматики лечение аллергенами прекращается. Решение о возобновлении АСИТ принимается только в том случае, если на фоне фармакотерапии достигнута клиническая ремиссия. Решение о дозе аллергена принимается индивидуально в каждом конкретном случае [13].

Заключение

В настоящее время АСИТ не рассматривают как дополнительный метод лечения. Благодаря



длительному и долговременному эффекту АСИТ считается терапией, способной остановить дальнейшее развитие аллергии и прогрессирование заболева-

ния. При правильной и своевременной диагностике аллергического заболевания, выявлении полного спектра аллергенов, к которым сенсibilизирован

пациент, соблюдении четких показаний к применению, учете всех сопутствующих заболеваний, грамотном ведении пациента АСИТ будет успешной. 🌟

Литература

1. Козулина И.Е., Курбачева О.М., Ильина Н.И. Аллергия сегодня. Анализ новых эпидемиологических данных // Российский аллергологический журнал. 2014. № 3. С. 3–10.
2. Quirino T., Iemoli E., Siciliani E. et al. Sublingual versus injective immunotherapy in grass pollen allergic patients: a double blind (double dummy) study // Clin. Exp. Allergy. 1996. Vol. 26. № 11. P. 1253–12561.
3. Mauro M., Russello M., Incorvaia C. et al. Comparison of efficacy, safety and immunologic effects of subcutaneous and sublingual immunotherapy in birch pollinosis: a randomized study // Eur. Ann. Allergy Clin. Immunol. 2007. Vol. 39. № 4. P. 119–122.
4. Stewart G.E., Lockey R.F. Systemic reactions from allergen immunotherapy // J. Allergy Clin. Immunol. 1992. Vol. 90. № 4. Pt. 1. P. 567–578.
5. Reid M.J., Lockey R.F., Turkeltaub P.C., Platts-Mills T.A. Survey of fatalities from skin testing and immunotherapy 1985–1989 // J. Allergy Clin. Immunol. 1993. Vol. 92. № 1. Pt. 1. P. 6–15.
6. Bousquet J., Khaltayev N., Cruz A.A. et al. Allergic Rhinitis and its Impact on Asthma (ARIA) 2008 update (in collaboration with the World Health Organization, GA(2)LEN and AllerGen) // Allergy. 2008. Vol. 63. Suppl. 86. P. 8–160.
7. Des Roches A., Paradis L., Menardo J.L. et al. Immunotherapy with a standardized Dermatophagoides pteronyssinus extract. VI. Specific immunotherapy prevents the onset of new sensitizations in children // J. Allergy Clin. Immunol. 1997. Vol. 99. № 4. P. 450–453.
8. Marogna M., Spadolini I., Massolo A. et al. Long-lasting effects of sublingual immunotherapy according to its duration: a 15-year prospective study // J. Allergy Clin. Immunol. 2010. Vol. 126. № 5. P. 969–975.
9. Аллергология и иммунология. Федеральные клинические рекомендации. М.: Фармарус ПринтМедиа, 2014. С. 106–117.
10. Scadding G., Durham S.R. Mechanisms of sublingual immunotherapy // Immunol. Allergy Clin. North Am. 2011. Vol. 31. № 2. P. 191–209.
11. Vita D., Caminiti L., Ruggeri P., Pajno G.B. Sublingual immunotherapy: adherence based on timing and monitoring control visits // Allergy. 2010. Vol. 65. № 5. P. 668–669.
12. Calderón M.A., Boyle R.J., Penagos M., Sheikh A. Immunotherapy: The meta-analyses. What have we learned? // Immunol. Allergy Clin. North Am. 2011. Vol. 31. № 2. P. 159–173.
13. Incorvaia C., Rapetti A., Scurati S. et al. Importance of patient's education in favouring compliance with sublingual immunotherapy // Allergy. 2010. Vol. 65. № 10. P. 1341–1342.
14. Shaikh W.A., Shaikh S.W. A prospective study on the safety of sublingual immunotherapy in pregnancy // Allergy. 2012. Vol. 67. № 6. P. 741–743.
15. Курбачева О.М., Муажон Ф., Павлова К.С., Храбина М. Феномен перекрестной реактивности аллергенов и аллерген-специфичекая иммунотерапия // Российский аллергологический журнал. 2010. № 1. С. 32–39.
16. Cox L.S., Larenas Linnemann D., Nolte H. et al. Sublingual immunotherapy: a comprehensive review // J. Allergy Clin. Immunol. 2006. Vol. 117. № 5. P. 1021–1035.
17. Calderon M., Mösges R., Hellmich M., Demoly P. Towards evidence-based medicine in specific grass pollen immunotherapy // Allergy. 2010. Vol. 65. № 4. P. 420–434.
18. Lopez D.G.L. Systemic reactions secondary to allergen-specific immunotherapy in a population of Monterrey, Mexico // J. Allergy Clin. Immunol. 2003. Vol. 111. S72.
19. Roy S.R., Sigmon J.R., Olivier J. et al. Increased frequency of large local reactions among systemic reactors during subcutaneous allergen immunotherapy // Ann. Allergy Asthma Immunol. 2007. Vol. 99. № 1. P. 82–86.

Questions and Answers of Practical Aspects of Sublingual Allergen-Specific Immunotherapy

Ye.V. Peredkova

Russian Medical Academy of Postgraduate Education

Contact person: Yelena Vladimirovna Peredkova, 7557437@gmail.com

As opposed to highly effective medicinal products, allergen-specific immunotherapy is able to stop further development of allergic diseases. Who has indications and contraindications for such therapy? How to assess therapeutic efficacy? What are advantages of sublingual allergen-specific immunotherapy? Answers to these and other questions will be found in the current paper.

Key words: sublingual allergen-specific immunotherapy, IgE-mediated allergic reaction, allergic rhinitis, allergic bronchial asthma