

## ОЖИДАЕМЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ АЛЛЕРГЕНСПЕЦИФИЧЕСКОЙ ИММУНОТЕРАПИИ АТОПИЧЕСКОЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ КОМОРБИДНОЙ С АЛЛЕРГИЧЕСКИМ РИНИТОМ И АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ

Надей Е.В., Нестерова К.И., Нечаева Г.И., Совалкин В.И., Шупина М.И.

ФГБОУ ВО Омский государственный медицинский университет МЗРФ. Омск. ФГБУЗ ЗСМЦ ФМБА России, кафедра внутренних болезней и семейной медицины ДПО

### THE EXPECTED RESULTS OF ALLERGEN IMMUNOTHERAPY FOR BRONCHIAL ASTHMA COMORBIDE WITH ALLERGIC RHINITIS AND ATOPIC DERMATITIS

Nadey E.V., Nesterova K.I., Nechayev G.I., Sovalkin V.I., Shupina M.I., Tereshchenko J.V.

Omsk State Medical University. Omsk

**П**роблема аллергии сохраняет актуальность в современной медицине. К наиболее распространенным аллергическим заболеваниям относятся атопическая бронхиальная астма, распространённость которой в мире варьирует от 1 до 18%, а в России – от 2,6 до 20% [2,4,6,11], аллергический ринит, которым в мире страдают около 10-25% населения, в России – 12,7 - 24% [5,8,11], атопический дерматит, распространённость которого среди взрослого населения в развитых странах составляет 0,2-2%, в России около 5,9%. Всё чаще в клинической практике мы сталкиваемся с проблемой сочетания бронхиальной астмы с другими аллергическими заболеваниями, что влияет как на результат проводимой терапии, так и на качество жизни пациентов.

Основным методом лечения АЗ, имеющих общие факторы риска, сходство иммунологического ответа [3,10,13], воздействующим на все патогенетические звенья хронического аллергического воспаления, способным видоизменять характер реагирования иммунной системы на аллерген и влиять на течение болезни, является аллергенспецифическая иммунотерапия (АСИТ) [5,11,12]. Основной целью терапии БА, как и других аллергических заболеваний, является не только достижение и поддержание контроля симптомов, но и повышение качества жизни больного

[7,9].

**Цель исследования.** Оценить эффективность лечения больных атопической бронхиальной астмой коморбидной с аллергическим ринитом и атопическим дерматитом при поливалентной сенсibilизации за счёт введения пациенториентированной аллергенспецифической иммунотерапии.

**Материалы и методы.** В исследовании приняли участие 1007 человек (536 женщин и 471 мужчина), на начальном этапе 7 человек выбыло из исследования по причине смены места проживания, в итоге, количество участников составило 1000 человек (536 женщин и 464 мужчин) в возрасте от 15-60 лет с длительностью заболевания от 3-16 лет. С атопической БА – 720 пациентов; 205 пациентов с сочетанными формами поллиноза и атопической БА; изолированным поллинозом – 75 пациентов.

Сопутствующая аллергическая патология выявлена у 871 пациентов (87,1%), из них: в виде круглогодичного АР у 701 пациента, атопического дерматита – у 245, лекарственной аллергии – у 179, крапивницы – у 124, пищевой аллергии – у 155.

Всем пациентам проведено кожное тестирование с использованием водно-солевых экстрактов (ВСЭ) пыльцевых, эпидермальных, бытовых, пи-

щевых аллергенов (ОАО «Биомед», Россия).

На АСИТ с использованием ВСЭ аллергенов было взято 88 пациентов (группа наблюдения). Медикаментозное лечение проводилось 31 пациентам (группа сравнения): симптоматическое, базисная терапия в зависимости от формы и степени тяжести процесса.

Оценка эффективности АСИТ проводилась ежегодно по 4-х-бальной модифицированной схеме А.Д. Адо [1].

Статистическую обработку результатов исследования проводили с использованием методов вариационной статистики в программе Microsoft Excel – 2007. Для сравнения показателей между параметрами применяли критерий Хи-квадрат по таблице сопряжённых признаков. Различия сравниваемых параметров считали статистически значимыми при  $\alpha < 0,05$ . Для формирования сопряжённых признаков мы использовали разработанную нами специальную программу.

**Результаты и их обсуждение.** По данным кожного тестирования (743 пациентов), выявлены региональные особенности значимости аллергенов домашней пыли ( $n = 570, 76,7\%$ ) и клеща домашней пыли ( $n = 435, 58,5\%$ ), что учитывалось при подборе индивидуальных наборов аллергенов.

По результатам кожного тестирования, с ВСЭ пылевых аллергенов из 577 человек 35,3% имели сенсibilизацию к аллергенам пыльцы деревьев, 40,7% – пыльцы злаковых трав, 61,0% – пыльцы сорных трав. Сочетание сенсibilизации к деревьям, злаковым и сорным травам выявлено в 32,4%, злаков и сорных трав – 30,1%, деревьев и сорных, а так же деревьев и злаков по 5,7% и 2,3% соответственно.

Из 720 больных, страдающих атопической БА, имеющих поливалентную сенсibilизацию, 645 (86,9%) имели АР, 231 (32,1%) атопический дерматит. При этом 192 (26,6%) пациента с атопической БА имели сочетание с персистирующим АР и атопическим дерматитом. Последняя группа отличалась выраженностью симптомов течения аллергопатологии и снижением качества жизни на фоне проведения стандартной терапии. Группа отличалась по эффективности проводимой терапии как изменением степени выраженности клинических симптомов, так и уровнем качества

жизни.

К окончанию исследования были получены результаты эффективности аллергенспецифической иммунотерапии бытовыми (клещ домашней пыли *Dermatophagoides pteronissinus* и домашняя пыль) и пылевые (смесью ВСЭ аллергенов деревьев, злаковых, сорных трав) аллергенами 88 пациентов с атопической бронхиальной астмой коморбидной с аллергическим ринитом и атопическим дерматитом.

Проведение парентеральной круглогодичной АСИТ позволило достичь положительного результата у 84,6% больных после 1-го курса лечения, у 90% после 2-го (отлично – 47,8%, хорошо – 43%) и до 94% после 3-го курса (отлично – 48,4%, хорошо – 46,5%).

При сравнении показателей по таблице сопряжённых признаков отмечена высокая корреляция между симптомами АР и приступами удушья; кожными проявлениями и приступами удушья, а также зависимость симптомов зуда и сыпи между собой при атопическом дерматите в сочетании с БА.

Например, при оценке зависимости симптомов БА (параметр 6) и кожного зуда (параметр 7) при проведении 3-х летней АСИТ бытовыми аллергенами вероятность того, что пациент к концу 1-го года лечения придёт с нулевой степенью и приступов удушья и зуда кожи составляет 33% (Хи-квадрат,  $\alpha = 0,03$ ). Зависимость параметров 6 и 7 к концу 2-го года АСИТ указывает, что вероятность нулевой степени приступов удушья и зуда кожи до 75%, а к концу 3-го года – до 97%. Уменьшение значений выраженности кожных проявлений даёт основание предполагать первостепенное значение АСИТ для кожных симптомов. Уменьшение степени тяжести проявлений и их сочетание подчеркивает эффективность АСИТ для обеих нозологических форм. После первого года лечения степень выраженности симптомов бронхиальной астмы меняется незначительно, однако значительно возрастает качество жизни пациента с учётом уменьшения выраженности одного из ведущих симптомов атопического дерматита – кожного зуда.

У пациентов с атопическим дерматитом и атопической БА, не получавших АСИТ, в начале 1-го года наблюдения возможны взаимосвязи

различных степеней тяжести симптомов между собой в процентном соотношении. В конце первого года комплексной терапии прослеживается уменьшение выраженности как симптомов, так и улучшение качества жизни на фоне базисной терапии. Через 2 года наблюдения пациенты имеют положительный эффект от проводимой терапии, но сохраняют высокую вероятность нарастания степени выраженности клинических симптомов с течением времени, преимущественно за счёт выраженности симптомов атопического дерматита. К концу 3-го года наблюдения, несмотря на проведение терапии для достижения контроля в отношении атопической БА и купирования обострений атопического дерматита, вероятность увеличения как степени выраженности проявлений каждого из заболеваний, так и их вероятное соотношение по степени выраженности значительно увеличивается. Таким образом, чрез 2-3 года наблюдения, несмотря на проводимую терапию, прослеживается нарастание как степени тяжести проявлений, так и варианты их сочетания к 3-му году наблюдения, что значительно сказывается на уровне качества жизни больных.

**Заключение.** Полученные данные подтверждают благоприятное влияние аллергенспецифической иммунотерапии на изменение качества жизни пациентов и течение атопической бронхиальной астмы коморбидной с аллергическим ринитом и атопическим дерматитом, подчёркивая значимость иммунотерапии аллергенами при наличии поливалентной сенсibilизации. Использование сопряжённых таблиц предоставляет возможность составлять вероятный прогноз степени выраженности симптомов аллергического заболевания во времени как на фоне АСИТ, так и в случае невозможности её проведения.

#### ЛИТЕРАТУРА:

1. Адо А.Д. Общая аллергология / А.Д. Адо. М.: Медицина, 1978. – 428 с.
2. Анализ показателей заболеваемости распространенности бронхиальной астмы среди населения Омской области / Н.В. Овсянников и др. // Пульмонология. – 2012. - №1. – С. 78-81.
3. Астафьева, Н.Г. Аллергический ринит и его влияние на астму: роль антигистаминных препаратов в лечении и профилактике / Н.Г. Астафьева // Российский аллергологический журнал. – 2008. – № 1. – С. 37-46.
4. Глобальная стратегия лечения и профилак-

ки бронхиальной астмы. Пересмотр 2011 г. Российское респираторное общество. М., 2012. – 107 с.

5. Гуцин И.С. Аллергия и аллергенспецифическая иммунотерапия / И.С. Гуцин, О.С. Курбачева. - М., Фармарус Принт Медиа, 2010. - С. 165.

6. Ильина Н.И. Аллергология в различных регионах России по результатам клинико-эпидемиологических исследований / Н.И. Ильина // Автореф. дис. д-ра мед. наук. - М., 1996. – 25 с.

7. Курбачева О.М. Новые аспекты применения интраназальных глюкокортикостероидов при аллергическом рините / О.М. Курбачева // Российский аллергологический журнал. – 2007. – № 4. – С. 62-65.

8. Надей Е.В. Использование ингаляционных провокационных тестов для определения риска развития бронхиальной астмы у больных с аллергическим ринитом / Е.В. Надей, В.И. Совалкин, К.И. Нестерова // Российская ринология. - 2007. - №2. - С. 20а-21.

9. Овчаренко, С.И. Что может улучшить контролем течения бронхиальной астмы? / С.И. Овчаренко, М.Н. Акулова, А.Б. Смулевич // Consilium medicum – 2010. – Т. 12, № 3. – С. 62-67.

10. Оценка состояния иммунной системы у больных бронхиальной астмы с сопутствующими заболеваниями полости носа и околоносовых пазух / Н.В. Чичкова, А.С. Лопатин, Е.П. Гитель, Н.С. Сулейманов // Вестник отоларингологии. – 2012. – № 12. – С. 27-30.

11. Хаитов Р.М. Аллергология и иммунология, национальное руководство / Р. М. Хаитов, Н. И. Ильина. - М., «ГЭОТАР-Медиа», 2009. - С. 15-16.

12. Bharadwaj L. Human Health Risk Assessment Approach for Urban Park Development / L. Bharadwaj, R. Machibroda // Arh. Hig. Rada Toksikol. - 2008. -V. 59. - №3. - P. 213-221.

13. Interleukin 13 and interleukin 4 receptor- $\alpha$  polymorphisms in rhinitis and asthma / R.W. Bottema, I.M. Nolte, T.D. Howard [et al.] // Int. Arch. Allergy Immunol. – 2010. – Vol. 153, № 3. – P. 259-267.