

«Аллергия — не отдельная болезнь, а системное нарушение»



Наталья Ивановна Ильина — заместитель директора, главный врач ФГБУ «Государственный научный центр «Институт иммунологии» Федерального медико-биологического агентства России, профессор, доктор медицинских наук, заслуженный врач России.

— **Наталья Ивановна, выступая в средствах массовой информации, Вы часто затрагиваете тему аллергии. Считаете ли Вы, что население нашей страны недостаточно осведомлено об аллергических реакциях и их осложнениях?**

— Слово «аллергия» настолько распространено, что приняло уже бытовой характер. Очень часто не только пациенты, но и врачи все, что не укладывается в ту или иную клиническую картину, именуют аллергией — имеет место гипердиагностика аллергических состояний.

С другой стороны, бывает, что аллергическое заболевание расценивается как другая патология. Например, клинические проявления ринита или поллиноза очень похожи на ОРЗ. И наши пациенты годами лечатся от простуд, дети включаются в группу часто болеющих. При обследовании же выясняется, что никакого инфекционного синдрома у них нет, у больных выявляются рецидивирующие обострения аллергических заболеваний.

Из 100 пациентов, направленных в Институт иммунологии с диагнозом «хронический бронхит», 40 страдают астмой. Они годами получают антибиотикотерапию, отхаркивающие средства, то есть совсем не то лечение, которое им показано. Между тем при своевременной постановке правиль-

ного диагноза и адекватном лечении современными противоастматическими препаратами больные астмой могут жить абсолютно нормальной жизнью.

В силу ошибок диагностики, а также того, что огромное количество пациентов с легкой симптоматикой не обращается к врачам и в некоторых регионах отсутствует специализированная аллергологическая помощь, мы имеем парадоксальные данные по распространенности аллергопатологий. Согласно регистру Минздравсоцразвития России заболеваемость аллергическими заболеваниями у нас низкая: менее 1%. А при масштабных эпидемиологических исследованиях она достигает очень высоких цифр.

— **Какие факторы способствовали распространению аллергических заболеваний?**

— Гигиеническая гипотеза связывает рост аллергических патологий с изменением образа жизни. По мере того как организм человека сталкивается с огромным количеством бактерий, вирусов, грибов, его иммунная система вырабатывает все новые антитела, «запоминая» встречи с антигенами, становясь сильнее. Бытовая обособленность, комфортные условия, стерильная пища способствуют снижению инфекционной нагрузки, что не позволяет сформироваться нормальному противоинфекционному иммунитету. Соответственно подверженность аллергиям увеличивается. Между инфекционными и аллергическими заболеваниями существует обратная связь: в слаборазвитых странах, где много инфекций, аллергической патологии мало.

На рост аллергической заболеваемости повлияло также бесконтрольное применение антибиотиков...

— **Вспоминаются рекламные ролики: особое антибактериальное мыло и другие средства борьбы с внушающими страх бактериями. Такая реклама приносит вред, дезориентируя людей?**

— Истина всегда находится посередине. Я не призываю вернуться к антисанитарии. Но если мама обрабатывает антисептиком грудь перед каждым кормлением, кругом бактерицидные лампы, ребенок полностью изолирован, не общается с другими детьми, то его иммунная система развивается плохо и создаются условия для развития аллергии.

При этом применяемые в настоящее время меры первичной противоаллергической профилактики: грудное вскармливание, запрет на курение в жилых помещениях и т. д. — не обеспечивают резкого уменьшения показателей заболеваемости. В основном предупредительные мероприятия сегодня сводятся к вторичной и третичной профилактике, то есть к элиминационным мероприятиям и рациональной фармакотерапии.

— **Аллергия в мегаполисах. Каковы основные медицинские и социальные аспекты этого явления?**

— Заболеваемость аллергией — как зарегистрированная, так и выявляемая при эпидемиологических исследованиях — в городах значительно выше, чем в сельской местности. Особенно часто аллергическими заболеваниями страдают жители мегаполисов.

Перманентный стресс, гиподинамия, плохая экология — проблемы мегаполисов, которые сказываются и на первичной сенсбилизации, и на ухудшении состояния при уже имеющихся заболеваниях. Этому имеются эпидемиологические и иммунологические подтверждения.

Резкие изменения в характере питания городского населения привели к формированию дисбаланса полинасыщенных жирных кислот. Активная борьба с атеросклерозом способствовала тому, что в ряде стран — прежде всего в крупных городах — натуральное сливочное масло в рационе было заменено маргарином. С отменой профилактики рахита рыбьим жиром дети стали получать меньше полинасыщенных жирных кислот, важным источником которых, наряду с витамином Д, являлся рыбий жир.

— **В последние годы иммунология бурно развивается. Отразилось ли это на подходах к диагностике аллергических заболеваний?**

— Принципиальных изменений не произошло. Вследствие того что аллергия является не отдельной болезнью, а системным нарушением, подходы к ее диагностике носят системный характер. Наибольшую значимость имеет правильно собранный анамнез. В Институте иммунологии даже выпускались листовки для врачей первичного звена и пациентов с разъяснением, какие вопросы нужно задать, чтобы с большой долей вероятности предположить аллергический компонент. Далее аллергия должна быть подтверждена.

Самым информативным, безопасным и, к стати, наименее затратным способом выявления аллергии остается кожное тестирование. Значительное большинство аллергических патологий развивается по атопическому, или IgE-опосредованному, механизму: при наличии генетической предрасположенности к выработке антител класса E антитела и антигены, взаимодействуя, разрушают тучную клетку, чем запускается каскад аллергической реакции. Другие механизмы встречаются гораздо реже, они лежат в основе специфической, тонкой, диагностики.

Приемы диагностики за последнее время практически не изменились. В диагностических целях могут применяться самые простые провокационные тесты, а также тесты *in vitro* для определения аллерген-специфического IgE к определенным аллергенам. Надо отметить, что совершенствование тест-систем, которые становятся все более чувствительными и специфичными, и увеличение количества выделенных аллерген-специфических IgE до полутысячи антител значительно расширили наши возможности.

Разумеется, столь огромное количество тестов не проводится — идет целенаправленный диагностический поиск исходя из анамнеза и клинической картины заболевания.

— **Какие основные нозологические формы охватываются сегодня понятием «атопическая конституция»?**

— К атопической конституции отнесены, прежде всего, аллергический ринит, атопический дерматит и атопическая форма бронхиальной астмы — у детей она составляет до 95%. У взрослых другая пропорция: на долю атопической бронхиальной астмы приходится меньше случаев — приблизительно 70%. Очень часто (почти в 80% случаев) аллергический ринит у наших пациентов сочетается с бронхиальной астмой. Врачу всегда необходимо помнить, что больные с аллергическим ринитом входят в группу риска по бронхиальной астме.

Атопический дерматит практически в 70% случаев сочетается с ринитом, в 30–40% случаев — с бронхиальной астмой. Ранее зарубежными авторами даже предлагался такой термин: дерматореспираторный синдром. Мы называем состояние, когда у больного присутствует симптоматика и дерматита, и астмы, и ринита, тяжелым атопическим синдромом.

— **Где заканчивается компетенция врача первичного звена и начинается прерогатива специалиста, аллерголога?**

— Аллергология и клиническая иммунология — интегральные дисциплины. Мы сотрудничаем практически со всеми специалистами, на всех направлениях клинической медицины.

Если врач первичного звена видит, что у пациента проявляются типичные клинические симптомы аллергии, имеется положительный семейный анамнез, наблюдается ответ на пробную противоаллергическую терапию, то есть существуют серьезные основания полагать, что заболевание носит аллергический характер, он должен направить больного на консультацию к аллергологу. Специалист проведет обследование, подтвердит или исключит выдвинутую терапевтом гипотезу, в случае наличия аллергии даст рекомендации по элиминационным мероприятиям, фармакотерапии, решит вопрос о целесообразности проведения аллерген-специфической иммунотерапии. Далее пациент может по поводу астмы, ринита или дерматита наблюдаться у терапевта или аллерголога, ринолога, дерматолога соответственно. При отсутствии противопоказаний для аллерген-специфической иммунотерапии больной наблюдается у аллерголога, контактируя, по мере необходимости, со своим терапевтом и врачами других специальностей.

Проблема лекарственной аллергии, например, затрагивает всех врачей. Представители различных медицинских специальностей могут констатировать осложнение и предположить, что имеет место лекарственная аллергия, оказать первичную помощь. Подтверждение диагноза и последующий подбор лекарственной терапии входят в исключительную компетенцию аллерголога.

— **Антигистаминные препараты присутствуют практически в каждой домашней аптечке. Насколько безопасно их бесконтрольное использование?**

— У нас очень велико количество лекарств, отпускаемых без рецепта врача, и сломать эту систему крайне сложно. По моему мнению, свободно продаваться могут только самые безобидные препараты, остальные лекарственные средства должны назначаться врачом.

Что касается антигистаминных препаратов, то в последнее время их перечень пополнился новыми средствами, которые обладают мощной эффективностью и при этом характеризуются значительно более высоким уровнем безопасности, не имеют седации. Однако многие пациенты и даже врачи тяготеют к старым, привычным препаратам: тавегилу, супрастину и т. д. Бесконтрольный прием антигистаминных средств первого поколения может привести к трагическим последствиям: их действие потенцируется алкоголем; принимая такие лекарства, нельзя управлять транспортом, работать на опасных производствах. У детей препараты первого поколения нарушают когнитивные функции. Родители, как правило, об этом не знают.

Имеется и индивидуальная чувствительность к антигистаминным средствам. У отдельных больных нежелательные эффекты могут развиваться даже к самым современным препаратам. К этому надо относиться очень серьезно, индивидуализируя лечение.

Всегда лучше, чтобы антигистаминное средство и схема его применения рекомендовались врачом. В Институте иммунологии разработаны также памятки и опросники по аллергическим заболеваниям для фармацевтов. Ведь многие пациенты, страдающие, например, аллергическим ринитом, годами обращаются со своим заболеванием только к работникам аптеки. Значит в аптеке они должны получать квалифицированные рекомендации.

— **Каковы перспективы аллергической эпидемии? Не идет ли она на убыль?**

— Начиная с 60-х годов прошлого века каждые 10 лет количество больных аллергическими заболеваниями удваивается. Сегодня в целом в странах с так называемым западным стилем жизни аллергией страдает до 30% населения, в России — от 17 до 35% в зависимости от региона проживания.

И ни в одной стране пока не наблюдается не только снижения аллергической заболеваемости, но и ее стабилизации. Более того, если раньше считалось, что аллергия является болезнью молодых, то сегодня она иногда дебютирует в зрелом возрасте — в 40–65 лет.

Врач любой специальности может встретить в своей практике пациента с аллергической патологией. Необходимо учитывать, что такие больные иначе реагируют на фармакотерапию, у них чаще наблюдаются лекарственные осложнения, возможна спонтанная ремиссия. Стертая симптоматика аллергии нередко обуславливает неправильное лечение. Я уверена, что постоянное повышение уровня знаний в области иммунологии и аллергологии позволит врачу любой специальности все более оперативно распознавать аллергические состояния и принимать по каждому из таких случаев профессионально взвешенное решение.

Беседовала Ленченко Ю. А.