

О.С. ДРОБИК, к.м.н., асс. кафедры клинической аллергологии РМАПО
А.Ю. НАСУНОВА, врач аллерголог-иммунолог ГКБ №52, Москва

КЛЕЩИ ДОМАШНЕЙ ПЫЛИ – НЕВИДИМЫЕ ФАКТОРЫ ВИДИМЫХ ПРОБЛЕМ

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ТЕРАПИИ КЛЕЩЕВОЙ АЛЛЕРГИИ

Аллергический ринит – это хроническое аллергическое заболевание, основой которого является IgE-зависимое аллергическое воспаление, развивающееся в результате попадания аллергенов на слизистую оболочку носа, клинически проявляющееся ринореей, назальной блокадой, чиханьем и иногда anosмией [1].

Ключевые слова: аллергический ринит, клещи домашней пыли, аллергенспецифическая иммунотерапия

Аллергический ринит (АР) представляет собой серьезную медицинскую проблему, что обусловлено его широким распространением, ежегодным повсеместным ростом заболеваемости, частыми осложнениями, а также резким снижением трудоспособности и качества жизни пациентов. Считается, что более 500 млн человек в мире страдает АР. В среднем от 10 до 25% населения развитых стран отмечает симптомы АР. В разных регионах РФ распространенность АР колеблется в пределах от 12,7 до 24%. Распространенность АР продолжает расти, что связано с несколькими факторами, такими как глобальное изменение климата, улучшение гигиены, изменение питания, а также образа жизни [2–4]. АР влияет на социальную активность пациентов. Помимо классических симптомов ринита, пациенты отмечают снижение работоспособности и производительности труда, выраженную утомляемость, ухудшение когнитивной функции. Плохо контролируемые симптомы АР вызывают бессонницу и нарушение структуры сна. У детей АР нередко вызывает нарушение способности к обучению, беспокойство, трудности при общении со сверстниками и ухудшение отношений внутри семьи. Кроме этого, важность проблемы АР обусловлена его тесной связью с такими заболеваниями, как бронхиальная астма, острый и хронический риносинусит, аллергический конъюнктивит. Установлено, что у 24% детей АР является predisполагающим фактором для развития острого и хронического среднего отита, а в 28% случаев – хронического риносинусита [5]. Симптомы ринита присутствуют у 88% больных с БА. Несвоевременная диагностика и диагностические ошибки являются одной из причин формирования хронического течения болезни и позднего выявления осложнений [6].

АР вызывают домашние аллергены и ингаляционные аллергены окружающей среды, такие как пыльца и плесень.

Клинические проявления персистирующего АР являются следствием сенсибилизации аэроаллергенами жилых помещений. Среди наиболее значимых бытовых аллергенов можно назвать клещей домашней пыли (семейства *Dermatophagoides pteronissimus* и *farina*). Клещи домашней пыли (КДП) являются самым активным бытовым аллергеном и основной причиной БА и АР во всем мире. На прошедшем в этом году в Милане конгрессе Европейской ассоциации аллергологов и клинических иммунологов было уделено существенное внимание проблемам, связанным с заболеваемостью респираторной аллергией, вызванной клещами домашней пыли, и методам ее лечения. Неспроста сразу 3 симпозиума компаний, специализирующихся в области АСИТ (ALK-abelo, Stallergenes, Allergopharma), были полностью или частично посвящены решению этой проблемы.

■ Считается, что более 500 млн человек в мире страдает аллергическим ринитом. В среднем от 10 до 25% населения развитых стран отмечает симптомы аллергического ринита. В разных регионах РФ распространенность АР колеблется в пределах от 12,7 до 24%

Существует ряд причин, согласно которым аллергия на КДП имеет особенный статус.

КДП – одни из самых распространенных аэроаллергенов в мире.

Исследования в детской популяции (дети от рождения до 18 лет) продемонстрировали неуклонное увеличение количества сенсибилизаций к КДП на 6% каждый год [7].

Следует помнить, что контакт с КДП в раннем возрасте представляет собой значительный риск для развития астмы. Высокий уровень присутствия аллергена КДП ($\geq 10 \mu\text{g/g}$) в окружении ребенка в первые месяцы жизни ассоциируется

с большим (в 3 раза) риском развития астмы в возрасте 7 лет и с пятикратным увеличением риска возникновения затрудненного дыхания [8].

При исследовании сенсibilизаций у детей в 6 мес., на первом и втором годах жизни и последующем наблюдении в возрасте 12 лет было показано, что по сравнению с другими аэроаллергенами сенсibilизация к КДП прогрессирует в гораздо более раннем возрасте и является существенным фактором для развития астмы в 12 лет [9].

■ Важность проблемы АР обусловлена его тесной связью с такими заболеваниями, как бронхиальная астма, острый и хронический риносинусит, аллергический конъюнктивит. Установлено, что у 24% детей АР является предрасполагающим фактором для развития острого и хронического среднего отита, а в 28% случаев – хронического риносинусита

Исследование, проведенное в Бельгии среди 2 320 жителей от 3 до 86 лет, продемонстрировало наличие сенсibilизации к КДП в 25,9% случаев, у 17,1% сенсibilизация сопровождалась симптомами АР [10].

По данным Hankin et al, примерно 10% населения в западных странах страдает аллергией на КДП, ежегодно это обходится экономике развитых стран в 10 млрд долл. [11].

Shaaban продемонстрировал, что только АР вследствие сенсibilизации к КДП в большей степени увеличивает вероятность возникновения астмы по сравнению с другими аллергенами [12]. Одно из возможных объяснений этому факту заключается в том, что пациенты с АР, вызванным КДП, имеют назальные симптомы в течение гораздо более длительного периода времени вследствие круглогодичного характера заболевания.

Европейское исследование среди пациентов, страдающих аллергией на клещей, показало, что пациенты в действительности испытывают беспокоящие их симптомы практически круглый год.

Однако, несмотря на неоспоримую значимость проблемы клещевой аллергии, она остается недооцененной как самими пациентами, так и врачами. Симптомы аллергии на КДП беспокоят пациентов в гораздо большей степени, чем это осознается врачами и окружением пациента. В недавнем исследовании 27% пациентов с аллергией на КДП признали, что испытывают тяжелые симптомы круглый год. В наибольшей степени страдает каждодневная активность таких пациентов (невозможность выполнять работы по дому, заниматься спортом, вести нормальную социальную жизнь), постоянные проблемы со сном испытывают 54% пациентов. Наиболее частые «спутники» клещевой аллергии: головная боль (67%), потеря жизненного тонуса (71%), несмотря на то что 75% пациентов признали, что регулярно принимают комбинированную медикаментозную терапию [13].

Существенное влияние клещевой аллергии на состояние здоровья подтвердили 71% респондентов, 67% из них считают, что данная аллергия представляет собой серьезный недуг, несмотря на это, 64% согласны, что «в повседневной жизни они привыкли к аллергии и научились жить с ней» [14].

Большой проблемой остается недостаточная осведомленность врачей и пациентов, что ведет к несвоевременной выявляемости клещевой аллергии. Если наличие пыльцевой аллергии сложно не заметить, то диагностика клещевой аллергии осложняется схожестью симптомов с хроническими респираторными заболеваниями неаллергической природы. Так, в анонимном исследовании, проведенном среди 4 016 жителей Европы (Франции, Германии, Италии и Испании), 57% участников признали, что испытывают постоянно повторяющиеся симптомы, совпадающие с симптомами аллергии на КДП (постоянный насморк, заложенность носа, раздражение глаз и затрудненное дыхание). Большая часть респондентов – 60% непосредственно связывала симптомы с наступлением холодной погоды и изменением температуры, 50% назвали причиной пыльцевую аллергию, 28% – аллергию на пыль и только 21% – КДП, несмотря на то что 57% подтвердили, что хорошо проинформированы об аллергии на клещей и ее последствиях. Только 15% имели поставленный диагноз «аллергия на КДП» [14].

Интересно отметить, что в процитированном выше исследовании в группах пациентов с поставленным диагнозом и без такового преобладало одинаковое заблуждение, что аллергия вызвана пылью, а не клещами. Таким образом, исследование выявило существенную диспропорцию между пациентами с симптомами, схожими с клещевой аллергией и уровнем осведомленности населения об аллергии на клещей в европейских странах.

■ Аллергический ринит вызывают домашние аллергены и ингаляционные аллергены окружающей среды, такие как пыльца и плесень. Клинические проявления персистирующего АР являются следствием сенсibilизации аэроаллергенами жилых помещений. Среди наиболее значимых бытовых аллергенов можно назвать клещей домашней пыли

Исследование также подтвердило всеобщее восприятие пыльцевой аллергии как более тяжелого заболевания, это отметили даже те пациенты, которые страдают и пыльцевой, и круглогодичной аллергией. Осведомленность о пыльцевой аллергии достаточно высока практически во всех странах Европы, это отчасти объясняется тем, что средства массовой информации все более регулярно информируют население о наступлении сезонов цветения, а также внезапным наступлением симптомов аллергии на пыльцу.

При ответе на вопрос, как наилучшим образом бороться с симптомами аллергии на клещей, большинство респондентов-аллергиков назвали усиление мер гигиены как метода контроля симптомов аллергии.

Однако недавний метаанализ, включающий в себя 55 исследований с участием 3 121 человека, не смог однозначно подтвердить достаточность элиминационных мероприятий для контроля аллергии (в качестве критериев использовались пиковая скорость выдоха, симптомы астмы и баллы потребления медикаментов) [15].

На прошедшем в июне 2013 г. конгрессе ЕААСИ в Милане профессор Ульрих Ван, возглавляющий пульмонологическое и педиатрическое отделение университетского госпиталя Charité в Берлине, заметил: *«Все более возрастающая частота встречаемости аллергического ринита и астмы, вызываемых клещами домашней пыли, а также тот факт, что полностью избежать контакта с данным аллергеном невозможно, свидетельствуют о том, что нам необходимо лучшее понимание специфики данного заболевания и необходимо начинать предпринимать действия как можно раньше в отношении данных пациентов».*

Очевидно, что современные противовоспалительные и симптоматические фармакологические средства отличаются высокой эффективностью в лечении аллергических заболеваний, позволяют контролировать степень тяжести их течения и способствуют повышению качества жизни больных [16, 17].

Однако исследования эффективности медикаментозной терапии, основанные на опросе самих пациентов с АР, демонстрируют неожиданные результаты. В Соединенных Штатах, несмотря на огромный выбор препаратов, 60% пациентов АР не удовлетворены результатом лечения и «очень заинтересованы» в новых препаратах, а 25% пациентов «постоянно» пробуют различные медикаменты в поисках того, который «работает» [18].

В Канаде параллельно с опросом пациентов проводился опрос врачей, причастных к лечению АР (врачи общей практики, отоларингологи и аллергологи). В соответствии с национальными рекомендациями врачи чаще других препаратов назначают ИНКС (у 77% пациентов), которые считаются золотым стандартом лечения АР [1, 19]. Но только 48% были полностью удовлетворены результатом лечения ИНКС. С утверждением, что симптомы АР можно облегчить и предотвратить, согласны только 64% опрошенных пациентов. Среди врачей, принявших участие в опросе, с этим утверждением согласны 71% врачей общей практики, большинство отоларингологов (90%) и все опрошенные аллергологи (100%) [20]. Следует подчеркнуть, что такая уверенность в эффективности лечения АР именно среди аллергологов связана с использованием ими такого уникального метода лечения АР, как аллергенспецифическая иммунотерапия (АСИТ), которая не только облегчает симптомы АР, но и предупреждает дальнейшее развитие заболевания.

Анализ данных этих исследований позволяет сделать по крайней мере два вывода. Во-первых, необходимо улучшать взаимодействие между врачом и пациентами. Образование

пациентов, их ориентация на необходимость своевременно и правильного лечения, ознакомление с современными методами терапии, консультирование по правильному использованию лекарственных препаратов и мерам профилактики обострения АР позволят улучшить контроль симптомов АР, повысить приверженность лечению, удовлетворенность его результатами и уважение к врачу.

Во-вторых, высокий процент неудовлетворенности пациентов симптоматической терапией диктует необходимость более широкого применения АСИТ. Суть этого метода состоит во введении в организм возрастающих доз того аллергена, к которому у больного выявлена повышенная чувствительность.

■ Несмотря на неоспоримую значимость проблемы клещевой аллергии, она остается недооцененной как самими пациентами, так и врачами. Симптомы аллергии на клещей домашней пыли беспокоят пациентов в гораздо большей степени, чем это осознается врачами и окружением пациента. В недавнем исследовании 27% пациентов с аллергией на клещей домашней пыли признали, что испытывают тяжелые симптомы круглый год

АСИТ является единственным видом лечения, влияющим на иммуногенез аллергического заболевания, способным предотвратить прогрессирование болезни, формирование осложнений, развитие бронхиальной астмы.

Недавние клинические исследования АСИТ в области респираторной аллергии, вызванной КДП, включая новые данные по исследованиям сублингвальных таблетированных экстрактов аллергенов, способствуют пониманию терапевтического эффекта АСИТ и выработке оптимальных схем лечения респираторной аллергии. Новые данные подтверждают, что АСИТ является эффективной в снижении симптомов АР и способна остановить прогрессирование болезни (переход в астму и появление новых сенсibilизаций) путем выработки невосприимчивости к аллергену. Клиническая эффективность АСИТ достигает 70–90% и выражается в уменьшении симптомов АР и снижении потребности в симптоматических медикаментах [21]. АСИТ является противовоспалительным, патогенетическим и профилактическим лечением для аллергических респираторных заболеваний [22]. Кроме того, показана длительная эффективность АСИТ даже после прекращения лечения. Продолжительность ремиссии после проведения АСИТ составляет в среднем около 7 лет [21].

Однако АСИТ является сложным видом лечения, имеющим определенные показания и противопоказания. Для решения вопроса о целесообразности этого вида лечения, а также собственно для его проведения пациентам необходимо своевременно направить к врачу аллергологу-иммунологу.

Необходимость в хирургическом лечении АР возникает при выраженных аномалиях строения (искривление носовой перегородки, нарушение пневматизации решетчатого лаби-

■ Аллерген-специфическая иммунотерапия является эффективной в снижении симптомов аллергического ринита и способна остановить прогрессирование болезни (переход в астму и появление новых сенсибилизаций) путем выработки невосприимчивости к аллергену

ринга), которые делают течение ринита персистирующим и торпидным к обычной консервативной терапии, либо при необратимой гипертрофии нижних носовых раковин.

Вопрос о хирургическом лечении должен решать врач-оториноларинголог при участии аллерголога-иммунолога. Необходимо помнить, что зачастую оперативное вмешательство, проводимое в носу и/или околоносовых пазухах, провоцирует манифестацию БА.

Окончательный выбор тактики лечения пациента всегда остается за лечащим врачом. Хотелось бы только подчеркнуть, что применение самых эффективных фармакологических препаратов не должно заменять АСИТ, а с другой стороны, АСИТ предусматривает дополнительное использование симптоматических препаратов, если возникает необходимость [23]. Понимание аллергии как хронического системного заболевания, в основе которого лежат иммунологические механизмы, должно быть платформой для выбора лечения пациента с АР.



ЛИТЕРАТУРА

1. Bousquet J., Khaltaev N., Cruz A. et al. ARIA Update // *Allergy*. 2008. V. 63 (suppl.)
2. Емельянов А.В., Федосеев Г.Б., Сергеева Г.Р. Распространенность бронхиальной астмы и аллергического ринита среди взрослого населения Санкт-Петербурга // *Аллергология*. 2002. №2. С. 17–21.
3. Howarth P. The development of guidelines for allergic rhinitis // *Rev. Fr. Allergol. Immunol. Clin.* 2001. Vol. 41. №1. P. 116–120.
4. Антонов Ю.В., Разваляева А.В. Сезонный аллергический ринит: диагностические и экономические аспекты // *Рос. аллергол. журн.* 2005. №3. С. 41–44.
5. Hellings P.W., Fokkens W.J. Allergic rhinitis and its impact on otorhinolaryngology // *Allergy*. 2006. Vol. 61. №6. P. 656–664.
6. Bousquet J., Cauwenberg P. Van, Khaltaev N. et al. Allergic rhinitis and its impact on asthma (ARIA): Pocket Guide; WHO initiative. Geneva, 2001.
7. Roberts G. et al. CEA 2012.
8. Celedon J.C., Milton D.K., Ramsey C.D. et al. Exposure to dust mite allergen and endotoxin in early life and asthma and atopy in childhood // *J. Allergy Clin. Immunol.* 2007. Jul. №120(1). P. 144–149.
9. Lodge C.J., Lowe A.J., Gurrin L.C. et al. House dust mite sensitization in toddlers predicts current wheeze at age 12 years // *J. Allergy Clin. Immunol.* 2011. Oct. №128(4). P. 782–788 e9.
10. Blomme K. et al. // *Int. Arch. Allergy Immunol.* 2013.
11. Hankin et al. *Drug Benefit Trends*. 2008.
12. Shaaban R et al. // *Lancet*. 2008. №372(9643). P. 1049–1057.
13. Profile of adult patients with severe respiratory allergies to house dust mite (HDMs) allergens: a survey in three European countries. Abstract EAACI. 2013.
14. Valovirta E., Lheritier-Barrand M., Tauleigne L., David M., Lemonnier L., Rolland C. Patient's perceptions and experience of house dust mite allergy in a European survey // *Eur. Resp. Dis.* 2012. №8(2). P. 123–128.
15. Mucche-Borowski C., Kopp M., Reese I. et al. Allergy prevention // *J. Dtsch. Dermatol. Ges.* 2010. №8. P. 718–724.
16. Weiner J.M., Abramson M.J., Puy R.M. Intranasal corticosteroids versus oral H1 receptor antagonists in allergic rhinitis: systematic review of randomized controlled trials // *BMJ*. 1998. №317. P. 1624–1629.
17. Bahls C. In the clinic. Allergic rhinitis // *Ann. Intern. Med.* 2007. №146(ITC4). P. 1–13.
18. Marple B.F., Fornadley J.A., Patel A.A., Fineman S.M., Fromer L., Krouse J.H. et al. Keys to successful management of patients with allergic rhinitis: focus on patient confidence, compliance, and satisfaction // *Otolaryngol. Head Neck Surg.* 2007. №136 (Suppl. 6). S107–S124.
19. Noon L. Prophylactic inoculation against hay fever // *Lancet*. 1911. №177. P. 1572–1573. doi: 10.1016/S0140-6736(00)78276-6.
20. Keith P.K., Desrosiers M., Laister T., Schellenberg R.R., Wasserman S. The burden of allergic rhinitis in Canada: perspectives of physician and patients // *Allergy Asthma Clin. Immunol.* 2012. Jun. 1. №8(1). P. 7.
21. Луцин И.С., Курбачева О.М. Аллергология и аллергенспецифическая иммунотерапия. М.: Фармарус Принт Медиа, 2010.
22. Cox L., Wallace D. Specific allergy immunotherapy for allergic rhinitis: subcutaneous and sublingual // *Immunol. Allergy Clin. North Am.* 2011. №31. P. 561–599. doi: 10.1016/j.iac.2011.05.001.
23. Cauwenberg P.Van, Bachert C., Passalacqua G. et al. Consensus statement on the treatment of allergic rhinitis // *Allergy & Immunology*. 2003. Vol. 2. №1. P. 16–38.