

И.В. ДЕДИКОВА

АНАЛИТИЧЕСКИЙ ОБЗОР ПО ПРОБЛЕМЕ АЛЛЕРГИЧЕСКОГО РИНИТА, ВЫЗВАННОГО ЭПИДЕРМАЛЬНЫМИ АЛЛЕРГЕНАМИ

Каф. отоларингологии Одес. гос. мед. ун-та

Аллергические заболевания представляют важнейшую медико-социальную проблему современности, значение которой будет возрастать в последующие годы [4, 6, 9, 15, 18]. Аллергический ринит (АР) остается весомой нерешенной задачей медицины. Частота его возникновения во всем мире возрастает, и в большинстве развитых стран аллергический ринит поражает около 10-20% населения [12].

Не секрет, что наиболее значимым по распространенности и ухудшению качества жизни, возможным осложнением является АР.

Проблему аллергического ринита, можно считать центральной для аллергологии, и это связано с тем, что АР:

- в значительной части случаев бывает первым или наиболее выраженным клиническим проявлением атопии;
- наиболее удобный объект для аллергодиагностики;
- применение основных аллергологических подходов (элиминации и СИТ) весьма эффективно [12].

Непосредственной причиной любого аллергического заболевания (АЗ) является воздействие аллергена (АГ). Среди экзогенных АГ различают неинфекционные и инфекционные. Среди первых, в свою очередь, выделяются пыльцевые, бытовые эпидермальные, пищевые, инсектные АГ. Номенклатура АГ была унифицирована в 1994 г. номенклатурным подкомитетом по аллергенам при ВОЗ [5, 6, 12, 13, 22].

Эпидермальные аллергены (ЭА) могут входить в состав домашней пыли или иметь самостоятельное значение.

Известно, что причиной развития круглогодичного аллергического ринита (КАР) в 18-57,7% случаев является сенсibilизация к ЭА [1, 2, 12, 14, 15]. К ЭА относятся частицы эпидермиса представителя любого биологического вида; шерсть животных, в том числе аллергены, присутствующие на шерсти (слюна, моча); эпидермис и волосы человека [11]. Чаще всего их источником служат животные, находящиеся с человеком в жилых помещениях: кошки, собаки, попугаи и другие птицы, морские свинки, хомячки, кролики и пр. Пусковым моментом АР является контакт между причинным аллергеном и слизистой оболочкой полости носа. В основном за счет дегрануляция тучных клеток это событие приводит к клинической раннефазовой реакции и запускает последующий процесс аллергического воспаления. Тяжесть заболевания и его естественное течение напрямую связаны с концентрацией аллергена в окружающей среде. Таким образом, первое, что нужно сделать для того, чтобы купировать симптомы заболевания, это провести идентификацию и предупредить контакт с причинными аллергенами. Устранение аллергенов уменьшает тяжесть аллергического заболевания и потребность в медикаментозном лечении. Благотворный эффект от контроля за окружающей средой может полностью проявиться лишь через недели и месяцы. В большинстве случаев с сенсibilизацией к эпидермальным аллергенам элиминация последних невозможна по многим практическим и/или экономическим причинам, тем более, что контакт нередко бывает на профессиональной основе [3, 19, 21].

Во-первых, потому, что одни ЭА являются источником для сенсибилизации человека в натуральном виде: шерсть кошки, шерсть собаки, таракан, частицы эпидермиса и волос человека, а другие – в натуральном и искусственном виде (в изделии): шерсть кролика, шерсть нутрии, шерсть овцы, волос лошади, птичье перо [11].

Во-вторых, ЭА часто относятся к тем, которые вызывают перекрестные реакции. Например: у больных АР с сенсибилизацией к аллергену шерсти овцы может быть выявлена аллергическая гиперчувствительность к овечьему молоку и мясу. Не следует забывать о возможности перекрестной реакции при иммунологической повышенной чувствительности к перхоти и конскому волосу с лечебными сыворотками, которые готовятся при гиперсенсибилизации лошадей и др. [2, 4].

В-третьих, напомним, что на долю АР, вызванного сенсибилизацией к одному ЭА (изолированно), приходится 16% больных, в сочетании с другими ЭА – 31%, а в сочетании с другими АГ, в том числе бытовыми – 10,7%. Добавьте к вышеизложенному тот факт, что если среди окружающих пациента АГ присутствует АГ таракана, шерсти кошки или овцы, то АР часто теряет способность быть моноаллергическим [11]. Становится понятным, что при контакте не с одним, а с двумя или более ЭА шансы заболеть АР заметно увеличиваются. Следовательно, вероятность избавиться от них или провести СИТ, эффективность которой, в известной мере, зависит от спектра и количества причинных АГ, недопустимо мала.

Актуальность проблемы АР, вызванного ЭА, подтверждается сообщениями о преемственности и даже одновременном появлении и существовании АР с бронхиальной астмой (БА). Некоторые авторы счи-

тают, что до 40% больных БА имеют аллергию к шерсти кошки. Специалисты утверждают, что у 30-70% лиц с АР развивается БА [1, 9, 17, 20]. У меньшей части пациентов бронхиальной астме предшествует КАР или оба заболевания развиваются одновременно. В подростковом возрасте больных сочетание АР и БА отмечается у 44,1-50,6%. Естественно, успешная диагностика, агрессивная тактика в плане элиминации АГ и терапия при АР благотворно влияют на качество жизни пациентов с сочетанными формами АЗ [2, 16, 19].

Несмотря на впечатляющие успехи фундаментальных разделов биологии и медицины, более углубленное изучение природы аллергии и создание новых способов противоаллергического лечения и профилактики, отмечается утяжеление течения АЗ. Это неизбежно приводит к росту уровня временной нетрудоспособности, снижению качества жизни больных и инвалидизации населения [7, 17].

Сегодня не выявлены особенности течения АЗ вообще и АР, в частности, при сенсибилизации к ЭА, не оценены возможности перекрестной аллергии и ее характеристики в плане профилактических мер, нет четких рекомендаций по диагностическим подходам – кожное и лабораторное тестирование, их информативность и взаимодополняемость. Вопросы терапии при АР, вызванном ЭА, недостаточно разработаны, особенно в плане специфической иммунотерапии [10].

Вывод

Требуется разработка клинко-диагностической параллели, как основы для индивидуального алгоритмирования профилактики, лечения и реабилитации больных с АР, вызванным ЭА.

1. Бержец В.М., Петрова В.С., Барашкина О.Ф., Ефременко И.И. Роль тараканов *Blattella germanica* в развитии атопической бронхиальной астмы // Журн. микробиологии, эпидемиологии и иммунобиологии. – 2001. - №4. – С. 43-46.

2. Бессикало Т.Г., Недельская С.Н. Факторы риска и их роль в формировании эпидермальной сенсибилизации у детей с бронхиальной астмой // Научно практическая конференция “Ранне выявлення та лікування алергічних захворювань”. - Винница, 17-18 января 2003 г.

3. Воронкин В.Ф. Аллергические заболевания носа и околоносовых пазух у работников сельского хозяйства // Рос. ринология. – 1996. - №2-3. – С. 116-117.
4. Гуцин И.С. Аллергия и аллергические болезни // Здоров'я України. – 2006. - №4 (137). - 62 с.
5. Заболотний Д.І., Пухлик Б.М. Алергічний риніт // Лікування та діагностика. - 2000. - №3. - С. 20-25.
6. Заболотний Д.І., Пухлик Б.М. Алергічний риніт // Ринологія. - 2002. - №1. - С. 24-38.
7. Косаковский А.Л., Михайлов А.Б., Юрочко Ф.Б. Эндоназальные кортикостероиды: учебное пособие для студентов и преподавателей медицинских высших учебных заведений и врачей. – Львов: Видавництво Мс, 2005. - 60 с., ил.
8. Пухлик С.М. Аллергический ринит. – К., 2001. – 32 с.
9. Пухлик С.М., Деди́кова И.В. Место и роль эпидермальных аллергенов в сценарии развития аллергического ринита // 10 съезд оториноларингологов Украины: сборник тезисов. – 2005. – С. 53
10. Пухлик Б.М. Элементарна алергологія. – Вінниця: Велес, 2002. – 148 с.
11. Федоскова Т.Г., Лусс Л.В. Особенности аллергии к нежалящим насекомым // Лечащий врач. – 2002. - №4. – С. 30-34.
12. Черняк Б.А., Буйнова С.Н., Тяренкова С.В. Аллергические риниты у детей и подростков в Восточной Сибири: распространенность, этиологическая характеристика и взаимосвязь с бронхиальной астмой // Российская ринология. – 1998. - №4. – С. 4-10.
13. Чучалин А.Г., Сенкевич Н.Ю. Качество жизни больных: влияние бронхиальной астмы и аллергического ринита // Терапевтический архив. – 1998. - №9. – С. 53-57.
14. Чучалин А.Г., Черняк Б.А., Буйнова С.Н., Тяренкова С.В. Распространенность и клинико-аллергологическая характеристика бронхиальной астмы в Восточной Сибири // Пульмонология. – 1999. - №1. – С. 42-49.
15. Юрочко Ф.Б. Інші покази до застосування ендоназальних кортикостероїдів // Ринологія. – 2005. - №2. – С. 59-62.
16. AAAAI. (2000) American Academy of Allergy, Asthma and Immunology. Allergic Disorders: Promoting Best Practices – The Allergi Report. 2000. Available at: [http:// TheAllergiReport.com/main](http://TheAllergiReport.com/main). Accessed March 30, 2001.
17. Corren J, Manning BE, Thompson SF et al. Rhinitis therapy and the prevention of hospital care for asthma: a case-control study // J. Allergy Clin. Immunol. - 2004; 113:415-419.
18. Adams RJ, et al. // J. Allergy. Clin Immunol.- 2002; 109:415-419.

Поступила в редакцию 02.06.06.

© И.В. Деди́кова, 2006