



Д.м.н., профессор
Б.М. Пухлик

Б.М. Пухлик, д.м.н., профессор,
зав. кафедрой фтизиатрии с курсом клинической иммунологии и аллергологии
Винницкий национальный медицинский университет им. Н.И. Пирогова,
президент Ассоциации аллергологов Украины

Специфическая диагностика и лечение аллергических заболеваний в 2014 г.

Специфическая диагностика и аллерген-специфическая иммунотерапия (АСИТ) были и остаются стержнем, основным отличительным признаком аллергологии как специальности во всем мире [3, 7]. Безусловно, профессионалы-аллергологи должны знать и уметь использовать общетерапевтические диагностические приемы (общеклинические, функциональные методы), хорошо ориентироваться в иммунологии, дерматологии, оториноларингологии, рентгенологии, уметь рационально использовать арсенал современных фармакологических средств для лечения аллергических заболеваний (АЗ). Однако применение аллергологической диагностики (прежде всего кожных проб с аллергенами) и АСИТ является исключительной прерогативой аллергологов, и именно это кардинально отличает их от представителей иных медицинских специальностей [2, 6]. Именно с этим связано негативное отношение ортодоксальных аллергологов к стремлению пульмонологов, иммунологов «обустроить» аллергологию в Украине, провести нежизнеспособные нормативные документы и т. п.

2014 г. стал одним из наиболее тяжелых и разрушительных для Украины, ее здравоохранения. Тем не менее, это никак не отразилось на эпидемии АЗ в стране и необходимости анализировать проделанную работу. Если раньше, составляя подобные аналитические обзоры, автор имел возможность использовать отчетные сведения из регионов Украины, то в этом году в основу анализа положены исключительно данные, любезно предоставленные Винницким ООО «Иммунолог», основным производителем препаратов аллергенов в Украине. Разумеется, используя эту информацию,

автор лишь косвенно может представлять себе ситуацию со специфической диагностикой и АСИТ в стране и ее регионах.

В то же время приводимые данные являются достаточно объективными, подобные аналитические публикации неоднократно приводились и положительно воспринимались аллергологами Украины. Безусловно, какие-то препараты аллергенов могли быть использованы не в данном году, диагностика и лечение могли проводиться препаратами чешской фирмы «Севафарма», что не могло быть нами учтено. Однако, поскольку подобная методология применяется нами уже в течение многих лет, автор считает, что эти и другие погрешности «сглаживаются», а сам анализ достаточно объективно отражает основные параметры деятельности аллергологической службы.

Возможны возражения и такого плана: ряд аллергологов использует исключительно лабораторные методы выявления сенсибилизации к экзоаллергенам, в некоторых научных учреждениях, крупных больницах появилась аппаратура фирмы Phadia, способная исследовать некоторые молекулярные аспекты сенсибилизации к мажорным и минорным аллергенам и пр. Относительно молекулярной аллергологии существует международный консенсус (опубликован на сайте Ассоциации аллергологов Украины – aalu.org.ua), который отводит этому методу важное, но иное, не первоочередное место в диагностике АЗ.

Кроме того, общеизвестно, что методы *in vitro* пока уступают в диагностической ценности кожному прикесту (по сути, он также является молекулярным методом), и, что очень важно, такие результаты не являются

Таблиця 1. Приобретение флаконов раствора гистамина и ланцетов для прик-теста (по 200 шт.)

Продукт	2010 г.	2011 г.	2012 г.	2013 г.	2014 г.	% превышения по сравнению с предыдущим годом
Флаконы раствора гистамина	1 111	673	2 267	996	1 633	39,11
Упаковки ланцетов	2 056	2 127	2 768	2 333	2 576	9,43

основанием для проведения АСИТ, не позволяют определить ее схему, начальные концентрации аллергена и пр., поскольку АСИТ можно проводить только тем аллергеном, которым проводилась диагностика [8].

Специфическая диагностика аллергенами

Она оценивалась нами косвенно, через призму таких данных, как приобретение раствора гистамина и ланцетов для прик-теста. В этот раз мы не включили сюда сведения о наборах микст-аллергенов на ланцетах для скрининга и наборах для диагностики лекарственной аллергии. Наборы для скрининга, рассчитанные прежде всего на семейных врачей и не имеющие прямых аналогов в мире, ООО «Иммунолог» было вынуждено снять с производства из-за убыточности. Спрос на наборы для диагностики лекарственной аллергии также в последние годы минимален. На наш взгляд, это большая ошибка украинского здравоохранения, что, однако, не является темой настоящей статьи. Сравнение проводилось с аналогичными данными предшествующих 4 лет (табл. 1).

По нашим подсчетам, если использовать экономичные капельницы для флаконов, реализуемые ООО «Иммунолог», с помощью 1 флакона можно поставить позитивные тест-контроли 80 пациентам. С другой стороны, среднее количество кожных тестов и, соответственно, расходуемых компакт-ланцетов на 1 пациента составляет 10. То есть с использованием 1 упаковки ланцетов можно обследовать 20 пациентов. Используя эти данные, можно ориентировочно представить себе число лиц, прошедших кожную алергодиагностику у алергологов Украины за последние 5 лет (табл. 2).

Как видно из табл. 1, 2014 г. для алергологической службы Украины был одним из лучших за последние 5 лет по косвенным показателям диагностики АЗ. И это при том, что практически утрачены связи с Крымом (свыше 2 млн человек), а Донбасс (Донецкая и Луганская области), насчитывавший свыше 4 млн жителей, по понятным причинам полноценно не мог работать. Следует, однако, признать, что в Крыму в последние 10 лет (после ухода на заслуженный отдых главного алерголога республики Л.П. Пономаренко)

алергологическая служба деградировала, поэтому особо на показатели деятельности алергослужбы Украины не влияла. В Донбассе (особенно в Донецкой области), что можно объяснить исключительно высоким профессионализмом и подвижничеством местных алергологов, работа по выявлению больных с алергией (и, как мы увидим ниже, по АСИТ) не прекращалась, хотя специалисты испытывали колоссальные моральные и материальные трудности.

Лучшими регионами по диагностике АЗ, при расчете подобным способом, стали алергологи г. Киев (более чем удвоившие этот показатель по сравнению с 2013 г.), Черкасской, Запорожской и Полтавской областей. В сумме алергологи Киева и Черкасской области обследовали методом кожной алергодиагностики больше пациентов, чем алергологи других регионов Украины (68,71%). При этом также нельзя забывать, что именно в Киеве имеет место наибольшая активность чешской фирмы «Севафарма», то есть к вышеприведенному количеству следует прибавить и определенное число больных, обследованных и леченных их препаратами.

Удивляет Днепропетровская область, для которой этот показатель стал худшим за последние 5 лет и составил всего 7,6% по сравнению с лучшим для всей Украины 2012 г. (его можно считать «золотым» для службы). Остальные регионы не показали чего-то необыкновенного. Если не считать, что Ивано-Франковская, Тернопольская, Волынская, Черновицкая области закупили всего 1–3 флакона гистамина, то есть обследовали максимум 80–240 пациентов за год (в 2014 г. был 251 рабочий день).

Что касается приобретения упаковок ланцетов, то лидерами и здесь являются алергологи Киева, Черкасс, а также Запорожья и Харькова. Мы, конечно, понимаем, что для части алергологов Украины не указ ни WAO, ни EAACI, ни кто-либо из украинских специалистов, давно убедивших всех в том, что лучшим методом кожной алергодиагностики является прик-тест. Поэтому эти «алергологи» либо продолжают использовать для начальной алергодиагностики скарификационный или даже внутрикожный тест, либо лабораторные методы, либо, не исключено, вообще не занимаются диагностической работой. Так, алергологи Кировограда приобрели за год 2 упаковки ланцетов, Ивано-Франковска – 4, Чернигова – 12 упаковок. То есть в этих областях за год было обследовано всего 40, 80 и 240 пациентов соответственно! Менее одного пациента в день?

АСИТ

Для примерной оценки этого параметра мы использовали данные о приобретении разводящей жидкости и упаковок драже (табл. 3).

Для ориентировочного подсчета пациентов, получавших АСИТ этими методами, мы определяли число, кратное 5 флаконам разводящей жидкости (этого количества обычно достаточно для проведения

Таблиця 2. Сведения о кожной алергодиагностике в Украине за последние 5 лет

Годы	Количество пациентов, которым проведена кожная алергодиагностика	
	Всего	В том числе методом прик-теста
2010	88 880	41 120 (46,26%)
2011	53 840	42 540 (79,01%)
2012	181 360	55 360 (30,52%)
2013	79 680	46 660 (58,56%)
2014	130 640	51 520 (39,43%)

Таблица 3. Приобретение препаратов аллергенов для АСИТ

Продукт	2010 г.	2011 г.	2012 г.	2013 г.	2014 г.	% превышения по сравнению с предыдущим годом
Количество флаконов разводящей жидкости для аллергенов	57 589	59 753	65 897	58 546	59 600	1,76
Начальные упаковки драже	2 959	2 450	3 054	3 108	3 322	
Количество поддерживающих упаковок	4 083	2 922	3 565	3 911	4 640	

Таблица 4. Расчетное количество пациентов, получавших парентеральную и пероральную АСИТ

Количество пациентов, получавших АСИТ	2010 г.	2011 г.	2012 г.	2013 г.	2014 г.	% превышения по сравнению с предыдущим годом
Парентерально	11 518	11 950	13 179	11 709	11 920	1,76
Перорально	5 001	3 911	4 837	5 064	5 642	11,14
Парентерально и перорально одновременно	16 519	15 861	18 016	16 773	17 562	4,49

инициального курса парентеральной АСИТ), а число начальных упаковок драже мы отождествляли с 1 пациентом, как и $\frac{1}{2}$ от числа поддерживающих упаковок также отождествляли с 1 пациентом (табл. 4).

Как видно из табл. 4, 2014 г. стал и по показателю охвата методом АСИТ одним из наиболее успешных за последние 5 лет. Отрадно, что более стремительно выросло применение пероральной (подъязычной) АСИТ как более эффективного и безопасного метода.

Если проанализировать по регионам, то лидерами по парентеральной АСИТ являются г. Киев, Днепропетровская, Львовская и Донецкая (!) области. Худшими в этом отношении являются Ивано-Франковская (ни один пациент не прошел лечение), Ровенская (6 пациентов), Закарпатская (14 пациентов) области.

Лидерами по использованию драже в 2014 г. были аллергологи Киева, Днепропетровской, Запорожской и Херсонской областей. «Аусайдерами», соответственно, — Черновицкая, Черниговская (ни один пациент не начал получать драже), Тернопольская (9 пациентов, в том числе 7 продолжают лечение), Ровенская (9 пациентов, в том числе 7 продолжают лечение), Ивано-Франковская (7 и 7 пациентов, соответственно) области.

Безусловно, не все так однозначно. Справедливым будет оценить цифры диагностической работы и проводимой АСИТ в расчете на 1 аллерголога, работавшего в Украине и каждом из регионов. В настоящее время автору, не имеющему информации о количестве аллергологов, работавших в регионах в 2014 г., такое сделать сложно, однако, надеюсь, в последующих публикациях это будет сделано. Гораздо важнее другое: в «депрессивных» в отношении АСИТ регионах у детей и взрослых практически нет шансов на ремиссию АЗ. Какой смысл в существовании здесь аллергологов, ибо проводить фармакотерапию АЗ вполне в состоянии и семейные врачи?

Анализируя данные 2014 г., автор обоснованно предполагал, что кризисная ситуация в стране (уменьшение населения, курируемого системой Минздрава Украины, военные действия, миграция сотен тысяч людей, значительная инфляция, уменьшение бюджета лечебных учреждений и многое другое) должна резко снизить

эффективность работы аллергологической службы Украины, особенно такой важный и ресурсоемкий ее аспект, как специфическая диагностика и лечение, тем более что во многом они обеспечиваются за счет финансирования самими больными. Тем не менее, к счастью, эти опасения оказались неоправданными. И в этом сложно усмотреть какое-то влияние администрации наших медицинских учреждений. Почти наверняка те аллергологи, которых можно с полным правом назвать профессионалами, и в нынешних очень нелегких условиях упорно продолжают делать свое великое дело — помогать людям. А те, кто не умел или не хотел работать и раньше, также продолжают это, увы, бесславное дело. Поэтому автор, весьма осторожно относящийся к бесконечным реформам, проводящимся в отечественном здравоохранении, тем не менее, согласен с позицией нового руководства Минздрава, что нужно что-то менять, исходя из наличия огромного малоэффективного потенциала в нашей сфере. «Не выплеснуть бы с водой ребенка» — вот это пугает, ибо в сфере аллергологии есть очень много такого, чем Украина может гордиться.

Литература

1. Вітчизняні протоколи надання медичної допомоги хворим на алергічні захворювання // Астма та алергія. — 2006. — № 1–2. — С. 145–172.
2. Заболотний Д.І., Пухлик Б.М., Заболотна Д.Д. Специфічна імунотерапія алергенами — оптимальний метод лікування при atopічних алергічних захворюваннях // Мистецтво лікування. — 2005. — № 7 (23). — С. 92–95.
3. Клиническая аллергология и иммунология: руководство для практикующих врачей / Под ред. Горячкиной Л.А. и Кашкиной К.В. — М: Миклош, 2009. — 432 с.
4. Корицька І.В. Алергійні захворювання та специфічна імунотерапія // Клінічна імунологія. Алергологія. Інфектологія. — 2011. — Спецвип. № 2. — С. 67–69.
5. Курбачева О.М. Клинические, патогенетические и экономические аспекты применения аллерген-специфической иммунотерапии. Дис. ... д-ра мед наук. — М., 2007. — 195 с.
6. Пухлик Б.М. Конспект аллерголога. — Вінниця: ИТИ, 2008. — 95 с.
7. Canonica W.G. Sub-lingual Immunotherapy. World Allergy Organisation Position Paper // WAO Journal. — 2009. — P. 233–281.
8. Focke M, Marth K, Valenta R (2009). Molecular composition and biological activity of commercial birchpollen allergen extracts. Eur J Clin Invest 39 (5): 429–436.