



ЩОРІЧНА КОНФЕРЕНЦІЯ КАНАДСЬКОГО ТОВАРИСТВА АЛЕРГОЛОГІЇ ТА КЛІНІЧНОЇ ІМУНОЛОГІЇ (2023)

Переклала й адаптувала д-р мед. наук Лариса Стрільчук

ЧИ МОЖУТЬ ПАЦІЄНТИ, ЯКІ ПОТРЕБУВАЛИ ЗАСТОСУВАННЯ АДРЕНАЛІНУ ПІСЛЯ ВВЕДЕННЯ ВАКЦИНИ ВІД COVID-19, БЕЗПЕЧНО ВАКЦИНУВАТИСЯ В МАЙБУТНЬОМУ?

S.K. Lohrenz, G. Lam, A. Kanani

Вступ. Станом на сьогодні Центри з контролю та профілактики хвороб США (CDC) і Всесвітня організація алергії (WAO) не рекомендують введення другої дози мРНК-вакцини від SARS-CoV-2 в осіб із помірно тяжкими й тяжкими алергічними реакціями негайного типу на перше введення цієї вакцини. Однак накопичується дедалі більше даних на користь повторного введення вакцини під наглядом в умовах медичного закладу.

Матеріали та методи. Було проведено ретроспективний аналіз даних пацієнтів, які потребували адреналіну після першого введення мРНК-вакцини від SARS-CoV-2 й успішно перенесли друге її введення.

Результати. Проаналізовано 9 таких пацієнтів, із них 8 жінок, віком 18-71 рік. Усі реакції виникли впродовж 1 години після введення вакцини. Найпоширенішими симптомами були задишка, кашель, дисфагія, набряк ротоглотки, запаморочення, припливи жару, свербіж, нудота та блювання. 7 реакцій виникли у відповідь на вакцину Pfizer, 1 – на вакцину Moderna й 1 – на вакцину AstraZeneca. Усі пацієнти потребували 1-5 доз адреналіну. У 7 осіб спостерігався негативний результат інтрадермального тесту на мРНК-вакцину від SARS-CoV-2, в 1 пацієнта – суперечливий результат; 1 пацієнт не проходив цього обстеження. Усі пацієнти успішно перенесли поступове введення мРНК-вакцини Pfizer у спеціалізованій алергічній клініці.

Висновки. Отримані дані підтверджують безпеку ревакцинації мРНК-вакциною SARS-CoV-2 у пацієнтів, які потребували застосування адреналіну через попереднє введення цієї вакцини, після ретельного обстеження алергологом. Анамнез введення адреналіну не варто вважати абсолютним протипоказанням до майбутніх вакцинацій.

ГОСТРІ ТА ХРОНІЧНІ ПРОЗАПАЛЬНІ ЕФЕКТИ ВЕЙПІНГУ В ДИХАЛЬНИХ ШЛЯХАХ І СИСТЕМНОМУ КРОВООБІГУ

R. Kafle, N.P. Shrestha, Y. Wu та ін.

Вступ. Поширеність вейпінгу продовжує зростати, особливо серед молодих дорослих. Утім, дотепер мало відомо про вплив на здоров'я хімікатів, які входять до складу рідин для вейпінгу. Існує гіпотеза, що інгаляція цих хімікатів призводить до розвитку запалення.

Матеріали та методи. Було обстежено відносно здорових вейперів (які курили вейпи щонайменше двічі на тиждень протягом ≥ 3 місяців) та осіб, які не користувалися вейпами. Учасникам дослідження було проведено провокаційну пробу (30 хвилин куріння вейпу з нікотиновою рідиною, яка містила пропіленгліколь і рослинний гліцерин) і через 1 тиждень провокаційну пробу з плацебо. На початку дослідження та через 2 і 24 години після кожної з проб здійснювався збір крові й індукованого харкотиння. В отриманих біоматеріалах аналізували вміст запальних клітин і хемокінів.

Результати. У дослідженні взяли участь 6 вейперів (3 з яких у минулому були курцями) та 6 осіб, які не курили вейп. Середній вік цих груп становив 24,33 та 30,83 року відповідно. Вихідні показники функції легень і вимірювання фракціонованого рівня оксиду азоту, що видихається (FeNO), між групами не відрізнялися. У вейперів спостерігалися вищі рівні моноцитів і нейтрофілів крові в поєднанні з нижчою інтенсивністю фагоцитозу цими клітинами. Після провокаційної проби з вейпінгом спостерігалася тенденція до збільшення кількості моноцитів і нейтрофілів харкотиння порівняно з провокаційною плацебо-пробою; змін у рівнях хемокинів зафіксовано не було.

Висновки. Постійний вейпінг може підвищувати вміст моноцитів і нейтрофілів у периферійній крові, водночас порушуючи їхню функцію, а гостра інгаляція рідини для вейпінгу – підвищувати кількість запальних клітин у дихальних шляхах.

АНАФІЛАКТИЧНА ГІПЕРТЕНЗІЯ: ПЕРЕГЛЯД ВИЗНАЧЕННЯ АНАФІЛАКСІЇ

V.G. Szeto, K. Van Aarsen, T. Loubani та ін.

Вступ. Анафілаксія є реакцією, яка потенційно загрожує життю. Частими причинами анафілаксії є споживання харчового алергена чи укуси отруйної комахи. Існують різні визначення анафілаксії, але провідною її ознакою вважається початок симптомів із боку ≥ 2 органів упродовж кількох хвилин – кількох годин після контакту з алергеном. Наявність гіпотензії підвищує ймовірність того, що цей стан являтиме собою тяжку системну реакцію. Проте існують деякі дані, що можливий також розвиток гіпертензії одразу після контакту з алергеном, імовірно, спричинений компенсаторною вазопресорною відповіддю.

Матеріали та методи. Було проведено ретроспективне когортне дослідження даних пацієнтів, які відвідували відділення невідкладної терапії Лондонського центру наук про здоров'я в проміжку 2012-2022 рр. Автори проводили в електронних базах закладу пошук пацієнтів з анафілаксією й артеріальною гіпертензією (остання визначалася як рівень систолічного артеріального тиску (САТ) понад 140 мм рт. ст.).

Результати. До аналізу було включено дані 664 пацієнтів. У 34% із них на момент звернення рівень САТ перевищував 140 мм рт. ст.; гіпотензія (САТ < 90 мм рт. ст.) відзначалася лише в 3%. Середній вік учасників становив 43,8 року. Докладніші дані щодо наслідків анафілактичної реакції були описані для 224 пацієнтів: 12 із них потребували госпіталізації, 1 особа померла, 7 отримали початкове лікування та покинули клініку, 204 особи було виписано після лікування.

Висновки. Хоча більшість пацієнтів з анафілаксією зверталися по допомогу з нормальним рівнем артеріального тиску, існує значна частка таких хворих із гіпертензією.

КОМОРБІДНИЙ АЛЕРГІЧНИЙ РИНИТ (АР) У ПАЦІЄНТІВ ІЗ ПОМІРНО ТЯЖКОЮ Й ТЯЖКОЮ БРОНХІАЛЬНОЮ АСТМОЮ (БА): ДАНІ РЕЕСТРУ RAPID

A.T. Peters, A. Côté, X. Muñoz та ін.

Вступ. У пацієнтів із БА дуже часто наявні коморбідні запальні хвороби 2-го типу, як-от АР. Загальноосвітюваний проспективний реєстр RAPID включає пацієнтів із БА, які розпочали лікування дупілумабом у реальній клінічній практиці. Автори оцінили поширеність АР серед пацієнтів реєстру RAPID і відмінності між хворими з коморбідним АР і без нього.

Матеріали та методи. Було проаналізовано дані учасників RAPID (вік ≥ 12 років) при включенні до реєстру, через 1, 3 місяці та раз на 3 місяці протягом 3 років.

Результати. До аналізу було включено дані 205 пацієнтів. 166 (81%) із них повідомили про АР в анамнезі, 165 (80%) – про АР наразі, 39 (19%) – про відсутність АР. Більшість (69%) пацієнтів з АР становили жінки; середній вік осіб з АР дорівнював $48,1 \pm 17,5$ року. У групі без АР жінки становили 49%; середній вік учасників цієї групи – $58,5 \pm 14,2$ року. У пацієнтів з АР середня оцінка контролю БА за 6-пунктним опитувальником контролю астми (ACQ-6) становила $2,4 \pm 1,20$ бала, в пацієнтів без АР – $2,2 \pm 1,09$. Середня оцінка тяжкості АР за візуальною аналоговою шкалою в учасників дослідження з АР дорівнювала $48,0 \pm 29,2$. Що стосується препаратів для лікування АР, то 63 (38%) пацієнтів уживали назальні кортикостероїди, 9 (5%) – засоби для імунотерапії, а 8 (5%) – іпратропій.

Висновки. Коморбідний АР мали 80% пацієнтів із БА, які розпочали лікування дупілумабом в умовах реальної клінічної практики. Понад третина пацієнтів застосовували для контролю АР назальні стероїди. Серед пацієнтів з АР було більше жінок, а також їм був притаманний більш ранній початок хвороби. Контроль астми в підгрупах дослідження був приблизно однаковим.

ДОСВІД РЕАЛЬНОЇ КЛІНІЧНОЇ ПРАКТИКИ: ЧОМУ ПАЦІЄНТИ ПРИПИНЯЮТЬ ОРАЛЬНУ ІМУНОТЕРАПІЮ?

A. Plessis, S.B. Cameron, V.E. Cook

Вступ. Оральна імунотерапія (ОІТ) дедалі частіше застосовується для лікування харчової алергії, опосередкованої імуноглобулінами (Ig) Е. Незважаючи на багатонадійні результати ОІТ, дотепер відомо мало інформації щодо причин припинення цього лікування. За даними літератури, найпоширенішою причиною виступають побічні явища з боку травної системи, однак, на думку авторів, можуть бути задіяні й соціальні чинники.

Матеріали та методи. Автори ретроспективно проаналізували дані 50 дітей з алергією, які припинили ОІТ у проміжку з 01.10.2017 по 27.10.2022. Було виявлено причини припинення лікування та згруповано їх у п'ять основних категорій: небезпечний вибір, тривожність/занепокоєння, побічні ефекти, неконтрольоване коморбідне захворювання, соціальні чинники. Категорії не виключали одна одну.

Результати. Вік учасників становив від 10 місяців до 18 років і 2 місяців. Загальна частка припинень лікування (серед усіх дітей, які отримували ОІТ) дорівнювала 9,8%. 40 (82%) пацієнтів відмовилися від лікування у фазі нарощування, а 9 (18%) – у підтримувальній фазі. 30 (60%) пацієнтів мали численні причини для припинення ОІТ. Найпоширенішими групами причин були соціальні чинники (58%) та побічні ефекти, найчастіше – гастроінтестинальні (44%). У 26% пацієнтів відзначалася анафілаксія, після чого вони відмовилися від ОІТ, а в 34% до припинення лікування призвела тривожність.

Висновки. Успішному завершенню ОІТ часто перешкоджають соціальні чинники та тривожність/занепокоєння, що недостатньо описано в наявних джерелах літератури. Обираючи пацієнтів для ОІТ, варто враховувати не лише медичний, а й соціальний анамнез.

ПОТРЕБА В СТАЦІОНАРНОМУ ЛІКУВАННІ ПІСЛЯ ЗАСТОСУВАННЯ АВТОІН'ЕКТОРА З АДРЕНАЛІНОМ НА ДОГОСПІТАЛЬНОМУ ЕТАПІ

L. Perlman, S. Gabrielli, A.E. Clarke та ін.

Вступ. Негайне введення адреналіну являє собою першу лінію лікування анафілаксії, після чого потрібно спостереження за пацієнтом у відділенні невідкладної терапії. Проте дані щодо переведення всіх пацієнтів, яким було введено адреналін, у це відділення є обмеженими, а деякі керівні вказівки більше не рекомендують цей захід. Метою авторів було оцінювання потреби в лікуванні у відділенні невідкладної терапії дітей з анафілаксією, які застосовували автоін'єктор адреналіну на догоспітальному етапі.

Матеріали та методи. У дослідження були включені діти віком <18 років з індукованою харчовими алергенами анафілаксією, які отримали щонайменше одну дозу адреналіну. Проведено стандартизоване опитування щодо симптомів, тяжкості, тригерів, коморбідних станів і лікування. Для виявлення чинників, асоційованих із потребою в додатковому лікуванні, було виконано аналіз методом багатоваріантної логістичної регресії.

Результати. За період 2011-2023 рр. критеріям включення відповідали 887 дітей (62% хлопців, 38% дівчат). Середній вік на момент алергічної реакції становив $7,9 \pm 5,3$ року. До тяжких можна було віднести 6,7% реакцій; вони включали ціаноз, зупинку дихання, гіпотензію, колапс, аритмії, нетримання калу, зупинку серцебиття, тяжку брадикардію, сплутаність свідомості, зомління. Основними харчовими тригерами виступали арахіс (25,8%) і горіхи (16,5%). У 18,0% відзначався анамнез БА. У відділенні невідкладної допомоги 19,4% учасників отримали додаткові дози адреналіну, майже всім із них (91,9%) було введено одну дозу й лише деяким – 2 або 3 та більше. З підвищенням потреби в уведенні додаткової дози адреналіну в умовах лікарні асоціювалися тяжкі реакції та реакції на споживання горіхів. Тяжкі реакції також асоціювалися з потребою в уведенні ≥ 2 додаткових доз. 2,5% пацієнтів потребували внутрішньовенних інфузій розчинів, а 1,6% – госпіталізації.

Висновки. Звернення до відділення невідкладної допомоги для додаткового лікування після застосування автоін'єктора адреналіну варто вважати доцільним переважно для дітей із тяжкими алергічними реакціями та реакціями на горіхи.

РЕТРОСПЕКТИВНИЙ ОГЛЯД ПРЕДИКТОРІВ АЛЕРГІЇ НА АРАХІС

M. Wang, J. Ho, H. Kim та ін.

Вступ. Алергія на арахіс належить до найпоширеніших видів харчової алергії. Виявлення предикторів алергії на арахіс може допомогти покращити розуміння її патогенезу та визначити осіб групи ризику до розвитку реакції, яка загрожує життю. Автори цього дослідження прагнули виявити ці предиктори з огляду на клінічний анамнез і базисні обстеження.

Матеріали та методи. Проведено ретроспективну оцінку даних 451 пацієнта, які звернулися з харчовою алергією до канадської клініки алергії та імунології із січня 2015 р. по травень 2021 р. Для подальшого аналізу було вибрано осіб з алергією на арахіс; аналіз даних передбачав застосування методів простої та багатоваріантної логістичної регресії.

Результати. Підозри на алергію на арахіс мали 68,0% осіб із харчовою алергією. Серед них алергію на арахіс було діагностовано в 70,5% осіб віком від 8 місяців до 67 років. Було ідентифіковано такі предиктори алергії на арахіс: чоловіча стать (відношення ризиків (BP) 2,28; 95% довірчий інтервал (ДІ) 1,38-3,78), наявність БА (BP 2,20; 95% ДІ 1,27-3,90), вік на момент стартової реакції (BP 0,94; 95% ДІ 0,88-0,98), розмір пухиря при шкірній пробі (BP 1,23; 95% ДІ 1,14-1,34) та титр антитіл Arah2 класу IgE (BP 1,02; 95% ДІ 1,01-1,03). На підставі отриманих даних автори розробили модель прогнозування ризику алергії на арахіс.

Висновки. Модель прогнозування ризику алергії на арахіс на підставі таких простих даних, як стать, наявність БА, вік на момент першої реакції, розмір пухиря при шкірній пробі та титр Arah2 IgE, може допомогти в безпечному встановленні діагнозу алергії на арахіс. Існує потреба у валідації цієї моделі у великій когорті пацієнтів і дослідженні чинників, які зменшують потенційну ймовірність алергії на арахіс.

Література

2023 CSACI Annual Scientific Meeting Book of Abstracts. Allergy Asthma Clin. Immunol. 2024; 20 (Suppl. 1): 18. doi: 10.1186/s13223-023-00866-4.