

# СПЕЦИФІЧНА ІМУНОТЕРАПІЯ У ЛІКУВАННІ ПОЛІНОЗІВ

Українська медична стоматологічна академія, Полтава

В усьому світі спостерігається значне збільшення захворюваності та поширення алергічних хвороб, однією з яких є поліноз — сезонне алергічне захворювання, що виникає в період цвітіння рослин. Це захворювання зараз розглядається як передвісник і сприятливий фактор для розвитку більш тяжких захворювань, які нерідко призводять до інвалідизації. Епідемічні дослідження показують, що захворюваність на поліноз за минуле століття виросла в десятки разів. За даними обстежень, проведених у різних країнах, розповсюдженість полінозу коливається від 1 до 40 % [7]. Дані про захворюваність на поліноз по Полтавській області, що базуються на зверненнях мешканців, не відображають справжньої розповсюдженості даної хвороби, тому що вони не враховують велику кількість осіб, які не звернулися по медичну допомогу, та хворих, в яких поліноз не був правильно діагностований лікарем. Спочатку хворі звертаються до лікарів різних спеціальностей: терапевтів, окулістів, дерматологів, отоларингологів, гомеопатів та ін. Лише 8–10 % пацієнтів направляються до спеціалістів протягом року після виявлення симптомів полінозу, в 30–40 % випадків інтервал між появою симптомів і встановленням діагнозу дорівнює 2–3 роки, а решта пацієнтів страждають на поліноз до верифікації алергічної етіології 4 роки і більше [4; 5].

Відмічаються три регіональних піки маніфестації симптомів полінозу: весняний, літній та літньо-осінній. Весняний тип полінозу пов'язаний із цві-

тінням дерев і кущів (з березня по травень): берези, вільхи, дуба, верби, каштана, горіха, тополі, ясеня та ін. Другий пік спостерігається в червні–липні, коли починають цвісти злакові трави — тимофіївка, айграс, лисохвіст, пирій, пшениця, жито, овес, кукурудза, соняшник та ін. Третій пік пов'язаний з пилюванням бур'янів, таких як полин, лобода й амброзія, які починають квітнути в серпні, закінчують в жовтні, інколи до заморозків. У цей час реєструється найбільше хворих.

Специфічна імунотерапія (СІТ) алергічних захворювань залишається одним з найбільш ефективних методів їх лікування [1; 2; 6]. Вона має принципові переваги порівняно з іншими методами лікування, так як видозмінює характер реагування організму на алерген, впливає на всі патогенетичні фази алергічного процесу. Метод полягає у введенні в організм наростаючих доз алергену (або лікарської суміші кількох алергенів), до якого у хворого підвищена чутливість, з метою синтезу «блокуючих» захисних антитіл класу IgG, що приводить до зменшення або повного зникнення клінічних симптомів. Механізм СІТ багатогранний (і до кінця ще не вивчений). Він викликає такі імунологічні ефекти, як збільшення Т- і В-лімфоцитів, зменшення в тканинах кількості тучних клітин, еозинофілів, нейтрофілів, гальмування викиду медіаторів із клітин-мішеней алергії (мастоцитів, базофільних гранулоцитів), пригнічення специфічної проліферативної відповіді та бластоутворення лімфоцитів, перемикання імунної відповіді з

Th2- на Th1-тип (тобто з IgE на IgG), сповільнення пізньої фази алергічної реакції, індукування толерантності В-лімфоцитів, що продукують Ig E, пригнічення хемотаксичної активності до еозинофілів і нейтрофілів тощо. Перевагами цього методу перед традиційною фармакотерапією є патогенетична доцільність, здатність зберігати ефект протягом тривалого часу після закінчення лікування і спроможність зупинити формування тяжких форм захворювання, а також запобігання розширенню спектра алергенів, до яких може розвинути сенсibiliзація.

**Метою** нашого дослідження була оцінка ефективності СІТ у хворих на поліноз.

## Матеріали та методи дослідження

Обстежено та проліковано 53 хворих на поліноз із клінічною реалізацією у вигляді ринокон'юнктивального синдрому (43 пацієнти) і комбінації ринокон'юнктивального та бронхоспастичного синдромів (10 пацієнтів) у віці від 18 до 49 років із давністю захворювання від 2 до 5 років без супровідної соматичної патології.

Усім хворим, крім загальноприйнятих клінічних і біохімічних аналізів, проводилися огляд ЛОР-лікаря з рентгенологічним дослідженням додаткових пазух носа і флюорографія органів грудної клітки, оцінка функції зовнішнього дихання. Визначали життєву ємність легень (ЖЄЛ), об'єм форсованого видиху за 1 с (ОФВ<sub>1</sub>), індекс Тіффно (ОФВ<sub>1</sub>/ЖЄЛ). Хворим проводилася імунологічна й алергологічна діагностика, що включала ре-



акцію дегрануляції базофілів крові за Шеллі, визначення кількості Т- і В-лімфоцитів, субпопуляцій Т-лімфоцитів; шкірні скарифікаційні та внутрішньошкірні тести [3; 8]. Застосовувалися вітчизняні алергени, що виробляються Вінницьким підприємством «Імунолог», які містять 10 000 PNU в 1 мл. У 9 (17 %) пацієнтів з високим ступенем сенсibiliзації використовували препарат у концентрації 5000 PNU в 1 мл; 11 (21 %) хворим із сумнівними шкірними тестами для того, щоб довести причетність певного алергену до клінічних проявів алергії, були проведені назальні та кон'юнктивальні провокаційні тести, вони також проводилися наприкінці лікування для виявлення зниження титрів порогової специфічної чутливості «шокових» органів.

Нами застосовано різні схеми СІТ — від прискорених до уповільнених, за неможливості проведення класичної схеми призначали передсезонну СІТ, а також метод шкірних квадратів (прискорена схема Бламуатьє). Передсезонний курс СІТ починали задовго до моменту загострення полінозу з таким розрахунком, щоб закінчити його за 1–2 тиж до початку цвітіння (індивідуально залежно від причинного алергену). Курс СІТ починали в стаціонарі (10 днів), а потім продовжували амбулаторно.

У хворих на поліноз при позитивних зрушеннях у перебігу захворювання після першого року лікування СІТ проводили протягом 3 років.

### Результати дослідження та їх обговорення

Критеріями ефективності терапії служила динаміка суб'єктивних скарг хворих (сезонний характер утруднення носового дихання, виділення з носа, чхання, сльозотеча, свербіння очей та носа, напади ядухи, утруднене дихання), показники функції зовнішнього

дихання, дані імунологічного дослідження (табл. 1).

Результати СІТ оцінювалися за чотирибальною системою (відмінні, добрі, без змін і негативні). Динаміка клінічних проявів захворювання протягом періоду спостереження подана в табл. 2.

Клінічний ефект у перший рік лікування спостерігався у 34 (64,2 %) хворих, без змін — 6 (32 %). У 2 (3,8 %) пацієнтів відзначено негативний ефект СІТ, можливо, це було пов'язано з наявністю у них полівалентної харчової, медикаментозної алергії та імунодефіцитного стану. У цих хворих СІТ було відмінено і призначено неспецифічну гіпосенсибілізацію антигістамінними засобами, топічні кортикостероїди, судинозвужувальні препарати та ін. Після проведення першого курсу СІТ у більшості випадків спостерігалось лише зменшення проявів полінозу, тому на фоні СІТ інколи застосовували ендоназальні антигістамінні спреї, чого було достатньо для зменшення симптомів. Ефективність СІТ збіль-

шувалася з підвищенням її тривалості. У більшості хворих тільки після третього року імунотерапії настав виражений стійкий ефект (93,3 %). Вірогідним критерієм оцінки ефективності СІТ поряд із клінічними даними було зниження титрів порогової специфічної чутливості «шокових» органів (шкіри, слизових оболонок носа, бронхів) до алергену, що виявлялося при проведенні провокаційних проб.

Під час проведення СІТ у 5 хворих виникли місцеві реакції, тому їм було введено антигістамінні засоби. Їх було переведено на більш «пологу» схему введення алергену. Системних небажаних побічних реакцій під час лікування не відмічалось.

Обстеження функції зовнішнього дихання проводилося до лікування та через 10 днів після початку лікування. Відмічалось поліпшення загального стану (зменшення нападів ядухи, полегшення дихання) на 7–8-й день. Суттєві зміни спірограми відмічались у 80 % хворих на АР із брон-

Таблиця 1  
Розподілення хворих за клінічними проявами полінозу

Клінічні прояви	Кількість хворих	
	абс.	%
Закладеність носа	53	100
Виділення	53	100
Чхання	44	83
Зниження нюху	51	96
Очні симптоми	48	91
Хронічний синусит	12	23
Ядуха, утруднене дихання	10	19

Таблиця 2  
Динаміка ефективності специфічної гіпосенсибілізації у ході лікування

Показники якості лікування	1-й рік, n=53		2-й рік, n=47		3-й рік, n=45	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Відмінні	3	5,7	19	40,4	20	44,4
Добрі	31	58,5	23	49	22	48,9
Без змін	17	32	4	8,5	3	6,7
Негативні	2	3,8	1	2,1	—	—



хоспастичним синдромом. При цьому ЖЄЛ збільшилась у 1,2 разу, ОФВ<sub>1</sub> — у 1,3.

Результати імунологічних обстежень показали, що під впливом специфічної імунотерапії нормалізується підвищений рівень Т- і В-лімфоцитів, зменшується коефіцієнт співвідношення субпопуляцій Т-теофілінрезистентних і Т-теофілінчутливих лімфоцитів, що свідчить про зниження алергічної налаштованості організму.

У табл. 3 ці зміни простежено протягом трьох років спостереження.

Таблиця 3  
Основні зміни в системі імунітету хворих на АР

Показник	1-й рік	2-й рік	3-й рік
CD3 <sup>+</sup>	↑↑	N	N
CD22 <sup>+</sup>	↓↓↓	↓↓	↑
CD4 <sup>+</sup>	↑↑↑↑	↑↑	↑
CD8 <sup>+</sup>	↓↓	↓↓	N

## Висновки

1. Застосовувана терапія позитивно впливає на клінічний перебіг полінозу із ринокон'юнктивальним та бронхоспастичним синдромом, ефективність СІТ збільшується зі зростанням її тривалості.

2. Ця терапія сприяє збільшенню кількості Т- і В-лімфоцитів і підвищує супресію.

3. Практично не спостерігається побічних ефектів, тому СІТ повинна розглядатись як ефективний метод протиалергічної терапії при полінозі на ранніх етапах розвитку алергічного захворювання в комплексі з медикаментозною терапією.

Перспективою подальших розробок у даному напрямку є застосування місцевої неінвазивної імунотерапії — пероральних побутових алергенів, перевагою яких є висока ефективність, мала кількість побічних реакцій.

## ЛІТЕРАТУРА

1. Оценка сравнительной эффективности иммунотерапии при аллергиях дыхательных путей / Г. В. Гургенидзе, Х. Надарая, М. Гзиршвили, М. Микаберидзе // Иммунореабилитация и реабилитация в медицине. — Int. J. Immunorehabil. — 1998. — № 8 — С. 15.

2. Гуцин И. С. Аллергическое воспаление и его фармакологический контроль. — М.: Фармарус Принт, 1998. — 140 с.

3. Дранник Г. Н. Клиническая иммунология и аллергология. — Одесса: АстроПринт, 1999. — 604 с.

4. Ильина Н. И. Классификация и эпидемиология аллергического ринита // Materia Medica. — 1999. — № 3 (23). — С. 3-10.

5. Ильина Н. И. Эпидемиология аллергического ринита // Рос. ринолог. — 1999. — №1. — С. 23-24.

6. Пухлик Б. М. Иммунологическая, аллергологическая диагностика и иммунорекорекция в практике врача. — Винница, 1992. — 118 с.

7. Jones N. S., Carney A. S., Davis A. The prevalence of allergic rhinosinusitis: A review // J. Laryngol. Otol. — 1998. — Vol. 112. — P.1019-1030.

8. Roitt I. Essentials Immunology. — Oxford: Blackwell Scientific publications, 1994. — 448 p.

УДК 616.314.17-008.1-002-085.373.3

Р. С. Назарян

## КЛІНІЧНА ЕФЕКТИВНІСТЬ ЗАСТОСУВАННЯ ГЛУТАРГІНУ У КОМПЛЕКСНІЙ ТЕРАПІЇ ПАРОДОНТИТУ

Харківський державний медичний університет

Харчування є одним з найважливіших факторів, що керують взаємодією людини та навколишнього середовища і справляють головний вплив на здоров'я, працездатність, стійкість організму до дії несприятливих умов [1]. Питання про вплив характеру харчування на стан порожнини рота є невід'ємною частиною профілактичних програм як на комунальному, так і індивідуальному рівнях [2–4]. Існує широкий спектр досліджень з приводу впливу незбалансованого фак-

тичного харчування на виникнення та перебіг каріозного процесу [5; 6]. Отже, дослідження механізмів виникнення ушкодження в пародонті під впливом фактичного незбалансованого харчування, а також пошук шляхів ефективної корекції є актуальним питанням сьогодення.

Проведені нами епідеміологічні дослідження особливостей харчування осіб із захворюваннями пародонта та тривалі експериментальне моделювання даної спрямованості

на раціон піддослідних щурів довели, що провідним пусковим механізмом утворення запального та дистрофічного процесу у пародонті при дії даного несприятливого фактора є: порушення надходження тваринного білка з їжею, дисбаланс амінокислотної складової, порушення метаболізму та синтезу амінокислот, що призводять до зменшення синтезу NO синтетази та розладів мікроциркуляції [7]. Незважаючи на широке застосування NO в терапевтичній прак-

