

- военно-медицинской академии. Приложение 1. – 2008. - №3 (23). – стр. 213 – 232.
2. Голоденко В. И., Трошина В. В., Зокиров Н. З., Викторов А. А. Клинические детерминанты в структуре заболеваемости детей, проживающих в регионах экологического риска. Вестник Российской военно-медицинской академии. Приложение 1. – 2008. - №3 (23). – стр. 158.
  3. Гречанина Е. Я., Безродная А.И., Ходош Э.М. Иммуногенетические характеристики бронхиальной астмы. Астма та алергія, 2011, №3, с. 23-26.
  4. Н. З. Зокиров, В. В. Трошина, Л. С. Намазова-Баранова, С. Ю. Тараканова Изучение естественных регуляторных Т клеток и их молекулярного маркера FOXP3 у часто болеющих детей дошкольного возраста, проживающих в условиях антропогенной нагрузки. Педиатрическая фармакология. – 2013; 10 (4): 96-106.
  5. Мартынов А.И., Пинегин Б.В., Ярилин А.А. Оценка иммунного статуса человека в условиях воздействия химического и биологического фактора. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. – 304 с.
  6. Намазова-Баранова Л.С. Аллергия у детей: от теории – к практике. М.: Союз педиатров России, 2010-2011. – 668 с.
  7. Останкова Ю. В., Иващенко Т.Э., Келембет Н.А., Желенина Л.А., Баранов В.С. Ассоциация полиморфизма промоторной области гена TNFA с развитием атопической бронхиальной астмы. Экологическая генетика, 2005, т. III, № 3, с. 33-37
  8. Самсыгина Г. А., В. В. Трошина, А. Д. Перцева. Особенности механизмов адаптивного и врожденного иммунитета у часто болеющих детей. Вестник РГМУ. – 2013; №2. - стр. 42-46.
  9. Трошина В.В., Н.З. Зокиров, С.Ю. Тараканова, Л.С. Намазова-Баранова, В.Д. Гладких, С.П. Лось. К вопросу диагностики дисфункций иммунитета у детей, проживающих на территориях, прилегающих к специализированным химическим производствам. Российский иммунологический журнал №4
  10. Трошина В. В., Намазова-Баранова Л. С., Тараканова С. Ю., Зокиров Н. З., Гладких В.Д., Лось С. П. Эпидемиологические исследования в практике экологической. Известия Самарского научного центра Российской академии наук. – 2014. – Т. 16, № 5 (2). – стр. 745 – 749.
  11. Трошина В. В., Перцева А. Д. Субпопуляции Т лимфоцитов в иммунопатогенезе аллергии у детей: новое в привычном. Педиатрическая фармакология. – 2011; 8 (6): 36-39.
  12. Хаитов Р.М., Пинегин Б.В., Ярилин А.А. Руководство по клинической иммунологии. Диагностика заболеваний иммунной системы: руководство для врачей. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 352 с.
  13. Ammunziato F, Romagnani S. The transient nature of the Th17 phenotype. Eur J Immunol. 2010; 40(12): 3312-3316.

## КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ СУБЛИНГВАЛЬНОЙ АЛЛЕРГЕН-СПЕЦИФИЧЕСКОЙ ИММУНОТЕРАПИИ ПРЕПАРАТОМ «АНТИПОЛЛИН МИКСТ КЛЕЩЕЙ» У ВЗРОСЛЫХ С АЛЛЕРГИЧЕСКИМ РИНИТОМ

Фирсова Ю.В.

ГБУ РО «Областная клиническая больница»

**В**ведение.  
С каждым годом заболеваемость аллергическим ринитом растет. Но помимо этого, часть пациентов даже не подозревают, что у них аллергический ринит, а лечатся без эффекта у ЛОР-врачей с вазомоторным ринитом. Поэтому очень важно всем пациентам с хроническим ринитом пройти аллергологическое обследование. Зачастую круглогодичный хронический ринит связан

с сенсibilизацией к клещам домашней пыли. Именно у таких пациентов, которые даже не подозревали о существовании у них аллергического ринита, была выявлена сенсibilизация к клещам *Dermafagoides Farinae* и *Dermafagoides Pteronyssinus*, обитающим в домашней пыли, и назначено правильное лечение этого заболевания.

Самым эффективным методом лечения аллергического ринита является аллерген-специ-

ифическая иммунотерапия (АСИТ). В нашей стране применяются 2 метода введения аллергенов – подкожный (ПКИТ) и сублингвальный (СЛИТ). Оба метода имеют общие механизмы действия в отношении переключения Th-клеточного ответа и индукции блокирующих антител IgG. Однако при СЛИТ воздействие больших доз аллергена происходит на слизистую рта, имеющую общий лимфатический дренаж со слизистой носа и шейными лимфатическими узлами. Это обуславливает дополнительные локальные механизмы (синтез sIgA в слизистой) и этим напоминает естественные процессы формирования толерантности. Кроме того, СЛИТ намного удобнее для пациента, чем ПКИТ, так как можно лечиться в домашних условиях.

Целью работы была оценка эффективности и безопасности лечения препаратом «Антиполлин микст клещей» у взрослых пациентов с аллергическим ринитом после одного курса сублингвальной иммунотерапии.

Материалы и методы.

В областной консультативной поликлинике Государственного Бюджетного Учреждения Рязанской Области «Областная клиническая больница» (ГБУ РО ОКБ) в период с февраля 2017 года по январь 2018 года аллергологом-иммунологом наблюдались 22 взрослых пациента в возрасте от 22 до 57 лет (средний возраст 30 лет +/- 5 лет) с диагнозом: круглогодичный персистирующий аллергический ринит, средней степени тяжести, сенсibilизация к клещам домашней пыли. Из них 9 женщин и 13 мужчин. Все они имели клинические проявления аллергического ринита более двух лет. Диагноз устанавливался согласно оценке клинических проявлений и методов аллергодиагностики. Всем пациентам проводилось кожное скарификационное тестирование, где была подтверждена сенсibilизация к клещам домашней пыли *Dermafagoides farinae*, *Dermafagoides pteronyssinus*. К остальным ингаляционным аллергенам скарификационные тесты были отрицательными или имели сомнительный результат. Также всем пациентам была сделана риноцитограмма, оценивался уровень общего иммуноглобулина E, уровень специфических иммуноглобулинов E к клещам домашней пыли. Также проводился общий анализ крови и общий анализ мочи до лечения, во время лечения и после.

Всем пациентам было предложено выбрать метод АСИТ – подкожный (ПКИТ) или сублингвальный (СЛИТ). 100% пациентов выбрали СЛИТ.

Все пациенты получали препарат «Антиполлин микст клещей» согласно инструкции по применению. Терапию начинали с малых доз и постепенно увеличивали количество вводимого аллергена. Таблетку нужно закладывать под язык и держать во рту до полного растворения, не запивая водой. После приема таблетки не рекомендуется пить, курить, есть в течение 30 минут.

Лечение состоит из трех этапов. Начальный курс: блистеры 1-5 по 1 таблетке в сутки. Основной курс: блистеры 6-7 по 1 таблетке в сутки, блистер 8 – по 1 таблетке через день. Поддерживающий курс: блистер 9 по 1 таблетке 1 раз в 2 дня.

У 50% пациентов (11 человек) проявления аллергического ринита сочетались с явлениями аллергического конъюнктивита, то есть помимо ринореи, зуда в носу и заложенности носа, был зуд глаз, слезотечение.

У всех наблюдаемых пациентов был аллергический ринит с персистирующим течением (более 4 недель в году) и средней степени тяжести, то есть симптомы нарушали сон пациента и работу (учебу).

Оценка эффективности АСИТ проведена согласно рекомендациям Европейской ассоциации аллергологов и клинических иммунологов по определению среднего балла выраженности назальных и конъюнктивальных симптомов (по 3-балльной шкале) и потребности в симптоматической медикаментозной терапии (также по 3-балльной шкале). Пациенты вели дневник, где записывали собственные жалобы, ощущения и посещали врача 1 раз в неделю. Выраженность симптомов оценивалась самим пациентом на основании собственных ощущений и врачом на приеме.

Оценка безопасности лечения проводилась на основании учета нежелательных явлений по данным жалоб и объективного физикального осмотра, а также динамики клинического анализа крови и общего анализа мочи (до лечения препаратом, на фоне лечения и по завершении курса лечения).

### Результаты и обсуждение.

После одного курса АСИТ с препаратом «Антиполлин микст клещей» у пациентов были зарегистрированы следующие реакции: першение в горле – 54,5% (12 человек), усиление заложенности носа – 72,7% (16 человек), заложенность ушей 9 % (2 человека). Подавляющее большинство реакций наблюдались на 2-5 блистере, носили легкий характер и не требовали введения дополнительных препаратов. Только у одного человека (4,5%) возникла заложенность носа на 8-м блистере (1000 PNU), которая прошла самостоятельно на 9-м блистере (также доза 1000 PNU). Системных реакций во время проведения СЛИТ не отмечено.

После одного курса АСИТ с использованием препарата «Антиполлин микст клещей» практически у всех пациентов было отмечено уменьшение выраженности назальных и конъюнктивальных симптомов. Оценка проводилась по TSS – это средний балл выраженности назальных и конъюнктивальных симптомов. TSS до лечения составил 2,8, а после проведения СЛИТ препаратом «Антиполлин микст клещей» TSS составил 0,8.

У 36,4 % (восьми человек) полностью исчезли все проявления аллергического ринита: зуд в носу, ринорея, заложенность носа.

У 59 % (тринадцати человек) значительно уменьшились проявления аллергии: значительно уменьшилась заложенность носа, пропал зуд в носу, прошла ринорея, отпала потребность в симптоматической лекарственной терапии антигистаминными и лекарственными препаратами.

Только у 4,5% (одного пациента) не было эффекта от лечения. Заложенность носа у этого пациента не прошла и не уменьшилась. Ему был дополнительно назначен поддерживающий курс препарата «Антиполлин микст клещей» № 12, содержащих по 1000 PNU в каждой таблетке.

До проведения АСИТ двенадцать пациентов ежедневно принимали антигистаминный препарат, восемь пациентов регулярно применяли гормональные спреи в нос, все пациенты применяли сосудосуживающие назальные капли. После проведения СЛИТ только один пациент продолжил принимать антигистаминный препарат, остальные стали обходиться без симптоматической лекарственной терапии.

Таким образом, 100% пациентов провели полный курс лечения препаратом «Антиполлин микст клещей» № 54 таблетки. И уже после одного курса лечения препаратом «Антиполлин микст клещей» у 95,5 % (21 пациента) отмечен положительный эффект от лечения.

По результатам общего анализа крови и мочи отклонений от нормы до, во время и после лечения не выявлено.

### Выводы.

Высокая безопасность и эффективность СЛИТ, продемонстрированная в исследовании, совпадает с данными многочисленных международных контролируемых исследований. Не отмечено ни одной системной реакции и все 100% пациентов закончили полный курс. 95,5% пациентов уже после одного курса лечения препаратом «Антиполлин микст клещей» отметили положительный эффект и высказали желание продолжить СЛИТ в следующем году.

Сублингвальная иммунотерапия расширяет возможности применения метода АСИТ в связи с ее неинвазивностью, высокой эффективностью, безопасностью и возможностью проведения в домашних условиях.

Стандартизованный комплекс «Антиполлин» отвечает всем требованиям рациональной фармакотерапии. Кроме того, невысокая цена относительно других препаратов для сублингвальной иммунотерапии (Сталораль, Лайс Грасс) и возможность купить препарат напрямую у производителя являются неоспоримыми преимуществами «Антиполлина».

### ЛИТЕРАТУРА

1. Гущин И.С., Курбачева О.М. Аллергия и аллергенспецифическая иммунотерапия. Москва, «Фармарус Принт Медиа». 2010, 227 с.
2. Хаитов Р.М., Клиническая иммунология, Москва, «Медицина». 2002, 623 с.
3. Адо А.Д. Общая аллергология. Москва, «Медицина» 1978, 463 с.
4. Клиническая иммунология и аллергология. Федеральные клинические рекомендации. Под редакцией: акад. РАН Р.М. Хаитова, проф. Н.И.Ильиной. – М., «Фармарус Принт Медиа», 2015, 92с.
5. Аллергология. Федеральные клинические рекомендации. Главные редакторы: акад. РАН Р.М. Хаитова, проф. Н.И.Ильина. – М., «Фармарус Принт Медиа», 2014, 126с.

6. Козулина И.Е., Курбачова О.М., Ильина Н.И. Аллергия сегодня. Анализ новых эпидемиологических данных. Российский Аллергологический Журнал. 2014, № 3, с 41-48.
7. Инструкция к препарату Антиполлинмикст клещей. Регистрационный номер KZ.16.01.97.003.E.004684.07.15
8. Суровенко Т.Н, Глушкова Е.Ф. Новый взгляд на аллерген-специфическую иммунотерапию у детей. Медицинский совет. 2016, № 16, с.134-140.
9. Курбачева О.М., Павлова К.С. Оценка клинической эффективности аллерген-специфической иммунотерапии при лечении больных атопическими респираторными заболеваниями. Физиол. и патол. иммунной системы. 2005, №5 с.3-6.
10. Козулина И.Е., Павлова К.С., Курбачева О.М. Клиническая эффективность подкожной и сублингвальной аллерген-специфической иммунотерапии аллергического ринита и конъюнктивита. – Российский Аллергологический Журнал, с.1-6.
11. Bousquet J., Lockey R., Malling H.J. WHO Position Paper. Allergen immunotherapy: therapeutic vaccines for allergic diseases. Allergy.1998, v.53, p.1-42.
12. Курбачева О.М., Павлова К.С. Федеральные клинические рекомендации. Аллерген-специфическая иммунотерапия. Российский Аллергологический Журнал, 2016, №4-5 с.55-61.
13. Хаитов Р.М., Игнатъева Г.А., Сидорович И.Г. Иммунология. Норма и патология: Учебник – 3-е изд. – М. «Медицина», 2010.-752 с.
14. Лусс Л.В. Этиология, патогенез, проблемы диагностики и лечение аллергического ринита. Русский Медицинский Журнал, 2003, т.11 №12, с.718-728.
15. Курбачева О.М., Ильина Н.И. Лечение аллергического ринита: когда, как и зачем? Российский Аллергологический Журнал, 2006, №2, с. 66-75.

## ОСОБЕННОСТИ ВРОЖДЕННОГО ПРОТИВОБАКТЕРИАЛЬНОГО ИММУНИТЕТА У ДЕТЕЙ С ХРОНИЧЕСКИМ ТОНЗИЛЛИТОМ НА ФОНЕ ЦИТОМЕГАЛОВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ

Хараева З.Ф., Ловпаче З.Н., Накова Л.В., Балаева Ж.Т.

ФГБОУ ВО «Кабардино-Балкарский государственный университет им.Х.М.Бербекова»  
Нальчик, Россия

### THE FEATURES OF INNATE IMMUNE SYSTEM OF CHILDREN WITH CHRONIC TONSILLITIS ON THE BASE OF CYTOMEGALOVIRUS INFECTION

Kharaeva Z.F., Lovpache Z.N., Nakova L.V., Balaeva J.T.

Kabardino-Balkarien State University Berbekov's named

**Х**ронический тонзиллит (ХТ) у детей является актуальной проблемой из-за высокой частоты встречаемости, развития тяжелых осложнений, проблем подбора комплексной терапии [2,4]. Связь ХТ с поражением отдельных органов и систем организма крайне разнообразна. Хронический тонзиллит играет роль пускового механизма в сердечно-сосудистом, нейроэндокринном, иммуннопатологическом и метаболическом синдромах. Заболеваемость хроническим тонзиллитом у детей достигла 25%

от общей заболеваемости в структуре ЛОР-болезней. В основе формирования хронического инфекционного очага в небных миндалинах всегда лежат два основных патогенетически значимых фактора: недостаточность противомикробной защиты организма и особые свойства возбудителей заболевания [1,4]. Последнее время отмечается рост заболеваемости хроническим тонзиллитом на фоне герпес вирусных инфекций [3]. Известно, что вирусные белки непосредственно оказывают иммунодепрессив-