

СИНДРОМ ВЗАИМНОГО ОТЯГОЩЕНИЯ ПРИ ПЕРСИСТИРУЮЩЕЙ ВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ ВЕРХНИХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ И АЛЛЕРГИЧЕСКОМ РИНИТЕ

Панина А.А.

Белан Э.Б.

ГУЗ «Консультативно-диагностическая поликлиника №2»

г. Волгоград

E-mail: panina_volg@rambler.ru

SYNDROME OF MUTUAL AGGRAVATION IN VIRAL INFECTION OF THE UPPER RESPIRATORY TRACT AND ALLERGIC RHINITIS

Panina A.A., Belan E.B.

Целью данной работы было уточнение частоты встречаемости респираторных вирусных инфекций у пациентов с аллергическим ринитом (АР) и оценка их влияния на особенности течения аллергического ринита.

Были обследованы 100 пациентов с АР в период ремиссии заболевания. Исследование проводилось методом ПЦР, материалом для исследования являлся мазок из зева. Среди обследованных было 58 женщин, 42 мужчин, средний возраст пациентов составил $34 \pm 4,3$ года. На момент обследования активных жалоб не предъявляли, не имели симптомов ринофарингита или других заболеваний дыхательных путей и ЛОР-органов.

В результате проведенного исследования было выявлено, что наиболее часто встречающейся вирусной инфекцией у пациентов с АР является вирус Эпштейн-Барр – ВЭБ (был выявлен в 35% случаев), вирус простого герпеса выявлялся в 10% случаев, цитомегаловирус – в 3% случаев.

В процессе проведения анкетирования пациентов было установлено, что более тяжелое течение АР имело место в группе больных, страдающих аллергическим ринитом и вирусом Эпштейн Барр (19 ± 4 против 14 ± 3 баллов, t-критерий 9.8, $p < 0,05$). В группе больных, инфицированных ВЭБ в сочетании с АР, тяжелая форма аллергического ринита, при которой симптомы заболевания не позволяют пациентам нормально работать или учиться, наблюдалась в 58 % наблюдений ($n=25$ из 43), что достоверно чаще (F критерий – 2.619, $p < 0,05$) в сравнении с общей популяцией больных, страдающих аллергическим ринитом. Спектр сенсibilизации у пациентов с АР и больных с коморбидным состоянием (инфицирование ВЭБ и аллергический ринит) существенно образом не отличался.

У больных с положительным результатом ПЦР на ВЭБ и АР, по данным кожных проб, имела место более выраженная реактивность по сравнению с пациентами, страдающими только АР.

Таким образом, полученные данные свидетельствуют о влиянии Эпштейн Барр вирусной инфекции на степень реактивности и выраженность клинических проявлений у больных АР.

В дальнейшем исследовании были сформированы две группы больных, страдающих только АР ($n=35$) и сочетанием АР и ВЭБ ($n=35$), имевших не менее 6 эпизодов рецидивирующего назофарингита за предшествующий год и направленных на консультацию к врачу аллергологу-иммунологу.

Было отмечено, что общее количество лейкоцитов в крови у пациентов с коморбидной патологией было выше нормы (4600 – 7100 кл/мкл) и превышало аналогичный показатель в группе больных с изолированным аллергическим ринитом ($11066,7 \pm 2944,50$ кл/мкл против $9395,7 \pm 2944,49$ кл/мкл, (U-критерий – 6,5, $p < 0,05$). При этом было заметно превышение показателей референсных значений абсолютного количества лимфоцитов в обеих группах больных (показатель нормы 1600 – 2400 кл/мкл).

Наиболее значительным было двукратное увеличение абсолютного количества лимфоцитов у больных с коморбидной патологией ($9890,9 \pm 4732,11$ кл/мкл), что достоверно превышало этот уровень у группы больных с изолированным респираторным аллергозом ($4981,9 \pm 1470,5$ кл/мкл, (U-критерий – 4,3, $p < 0,05$).

В ходе диагностики изменений клеточного звена в обеих группах было выявлено превышение нормальных значений уровня абсолютного количества CD8+-клеток (показатель нормы 500 – 1100 кл/мкл). При этом при сочетанной патологии увеличение абсолютного количества CD8+-клеток достоверно превышало аналогичный показатель у группы больных с неассоциированным аллергическим ринитом ($1547,0 \pm 777,33$ кл/мкл против $1058,8 \pm 502,87$ кл/мкл (U-критерий – 2,3, $p < 0,05$). Также имело место увеличение абсолютного количества CD16+-клеток ($1285,7 \pm 361,25$ кл/мкл и $552,1 \pm 125,25$ кл/мкл, (U-критерий – 3.3, $p < 0,05$), при

уровне их референсных значений в пределах 200 – 600 кл/мкл.

Кроме того, у больных с коморбидной патологией было отмечено увеличение количества CD22⁺-лимфоцитов в 1,7 раза по отношению к группе пациентов с изолированным аллергическим ринитом (1005,1±247,25 кл/мкл против 603,9±167,4 кл/мкл (U-критерий – 4,2, p<0,05).

При проведении сравнительного анализа между группами пациентов выявлено, что показатели уровня IgA в группе коморбидных пациентов составили 3,0 ± 0,2, при изолированном рините – 2,5 ± 0,2 г/л (значение нормы 0,7 – 3,5 г/л); показатели IgM при коморбидных заболеваниях составили 2,14±0,22, при изолированном AP – 2,4 ± 0,3 г/л (значение нормы 0,5 – 2,5 г/л); показатели уровня IgG соответственно составили 15 ± 0,4, и 16 ± 0,8 г/л (значение нормы 7 – 22 г/л).

Таким образом, показатели уровней иммуноглобулинов классов A, M, G в исследуемых группах не имели достоверных различий между собой и с референсными значениями.

Согласно клиническим рекомендациям Национального научного общества инфекционистов РФ (2014), в комплексном лечении хронических рецидивирующих заболеваний верхних дыхательных путей, вызванных герпетической инфекцией, применяются этиотропные лекарственные препараты, одним из которых является изопринозин (инозин пранобекс) – синтетическое комплексное производное пурина, комплекс инозина и соли 4-ацетамидобензойной кислоты. Необходимо отметить, что эффективность изопринозина в группе больных, страдающих ВЭБ-инфекцией и AP, практически не изучена. Согласно инструкции по применению инозина пранобекса, участникам исследования из числа пациентов с выявленной коморбидностью мы назначали этот таблетированный препарат внутрь, 3-4 раза в сутки, после еды, в суточной дозе 50 мг/кг. Продолжительность лечения изопринозином составляла 10 дней.

Участники исследования были разделены на две группы. Больным первой группы (основная экспонированная когорта) в комплексной консервативной терапии вне зависимости от её характера (АСИТ или базовая терапия) назначался изопринозин. Вторая группа (историческая когорта) получала терапевтическое лечение без изопринозина.

В первой (экспонированной) когорте средний возраст пациентов составил 35 + 3,6 года, во второй (исторической) – 34 + 5,2 года. В обеих группах больных среди участников исследования преобладали женщины, 69 % (n=48) – в первой и 67 % (n=49) – во второй когорте.

Среди пациентов, получавших лечение с изопринозином, мужчин было 31 % (n=22), в группе больных, пролеченных без изопринозина, – 33 % (n=24).

На момент входа в исследование среди пациентов, получающих лечение с изопринозином, персистирующие течение патологии отмечено у 30 % (n=21 из 70) пациентов, при терапии без изопринозина – у 34 % (n=25 из 73), интермиттирующие: у 70 % (n=59 из 70) в экспонированной и у 66 % (n=48 из 73) в исторической когорте.

Больных со средней тяжестью в первой когорте было 65 % (n=46 из 70), во второй – 61 % (n=45 из 73). Тяжелое течение имело место у 35 % больных в первой когорте (n=24 из 70), и у 39 % во второй когорте (n=28 из 598).

Оценка особенностей клинического течения в когортах больных, проходивших лечение с изопринозином и без него, показало эффективность этого препарата.

Анализ заболеваемости респираторными инфекциями и AP в течение последующего 12 месячного периода наблюдений показал, что включение у больных с коморбидными заболеваниями в терапевтический комплекс изопринозина приводит к сокращению числа обращений за медицинской помощью. В когорте больных, получающих лечение с изопринозином, количество обращений за помощью в медицинские учреждения по поводу патологии верхних дыхательных путей и аллергического ринита сократилось с 7,4±1,2 до 3,5±1,1 (t-критерий Стьюдента для связанных выборок – 5, p<0,5). В исторической когорте пациентов, в комплексной терапии которых изопринозин не был использован, этот показатель сократился с 7,2±1,6 до 4,4±1,3 (t-критерий для связанных выборок – 3,1, p<0,05).

Кроме того, использование изопринозина способствовало нормализации основных показателей иммунного статуса – внутрикогортное сравнение у больных основной группы (лечение с изопринозином) показало, что, несмотря на сохранение повышенных значений абсолютного количества лимфоцитов в сравнении с референсными значениями (1600 – 2400 кл/мкл), этот уровень был достоверно более низким по сравнению с исходным – 3563,4 ± 732,11 кл/мкл и 7535 ± 1732,11 кл/мкл соответственно (T-критерий – 5, p<0,05). Межкогортное сравнение после завершения курса консервативной терапии позволило установить тот факт, что в основной когорте (лечение с изопринозином) абсолютное количество лимфоцитов крови также значительно снизилось по сравнению с исторической когортой (лечение без изопринозина) – 3563,4 ± 732,11 кл/мкл против 5367 ± 937,11 (U-критерий – 2,4, p<0,05).

Таким образом, можно отметить, что сочетание AP и ВЭБ сопровождается синдромом взаимного отягощения, ухудшает клиническую семиотику заболевания и негативно сказывается на прогнозе лечения этих нозологий. При этом частота встречаемости патологии верхних дыхательных путей, вызываемой вирусом Эпштейн Барр, в группе пациентов с AP достоверно

выше, чем в группе пациентов, не имеющих аллергических заболеваний.

При сочетании аллергического ринита с ВЭБ-инфекцией, у больных отмечаются более тяжелые клинические проявления АР. Выраженность реакции при проведении кожных проб с аллергенами существенным образом отличается в сторону большей выраженности реакции у пациентов с коморбидной патологией.

Из особенностей клеточного иммунитета у коморбидных пациентов имеет место двукратное увеличение абсолютного количества лимфоцитов крови, за счет CD8+, CD16+ и CD22+ клеток по сравнению группой больных, страдающих изолированной формой АР. Все эти факты свидетельствуют о влиянии Эпштейн Барр вирусной инфекции на степень реактивности и выраженность клинических проявлений АР, что необходимо учитывать при выборе схемы лечения пациентов с хроническими рецидивирующими заболеваниями верхних дыхательных путей, сочетанными с АР.

Включение у больных с коморбидными заболеваниями в терапевтический комплекс изопринозина приводит к сокращению числа обращений за медицинской помощью, а также способствует нормализации основных показателей иммунного статуса, ответственных за выраженность аллергических реакций.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Белан, Э.Б. Аллергический ринит: Современные подходы к диагностике и лечению / Э.Б. Белан, Т.Л. Садчикова // Лекарственный вестник. – 2017. – Т. 11. – № 3 (67). – С. 3-10.
2. Васильева, М.М. Особенности ведения больных аллергическим ринитом в сочетании с ОРВИ / М.М. Васильева, В.В. Сулима // Аллергология и иммунология в педиатрии. – 2016. – № 1 (44). – С. 15-20.
3. Гаджимирзаев, Г.А. Современные представления по тактике лечения аллергического ринита и риносинусита, ассоциированных с бронхиальной астмой. Аналитический обзор и собственный опыт / Г.А. Гаджимирзаев, В.Н. Тулкин, Р.Г. Гаджимирзаева // Российская оториноларингология. – 2015. – № 4 (77). – С. 28-33.
4. Кирдеева, А.И. Особенности патогенеза и терапии острого риносинусита у пациентов с аллергическим ринитом / А.И. Кирдеева, С.Я. Косяков // Consilium Medicum. – 2017. – Т. 19. – № 3. – С. 91-94.
5. Морозова, С.В. Аллергический ринит: современный взгляд на проблему диагностики и лечения / С.В. Морозова // РМЖ. – 2015. – Т. 23. – № 9. – С. 492-495.
6. Мустафаев, Д.М. Аллергический ринит с позиции врача-оториноларинголога / Д.М. Мустафаев // Астма и аллергия. – 2017. – № 1. – С. 8-13.
7. Наумова, Л.А. Коморбидность: механизмы патогенеза, клиническое значение / Л.А. Наумова, О.Н. Осипова // Современные проблемы науки и образования. – 2016. – № 5.
8. Себекина, О.В. Острые респираторные вирусные инфекции у пациента с аллергическим ринитом / О.В. Себекина // Астма и аллергия. – 2017. – № 1. – С. 14-18.
9. Соболев, А.В. Диагностика и лечение аллергического ринита, осложненного инфекцией дыхательных путей / А.В. Соболев, О.В. Аак // Вестник оториноларингологии. – 2014. – № 4. – С. 59-62.

АЛЛЕРГИЯ К БЕЛКАМ МОЛОКА У ДЕТЕЙ С IGE ОПОСРЕДОВАННЫМИ АЛЛЕРГИЧЕСКИМИ РЕАКЦИЯМИ, ПРОЖИВАЮЩИХ В МОСКВЕ И МОСКОВСКОЙ ОБЛАСТИ

Петрова С.Ю., Хлгатян С.В., Бержец В.М., Васильева А.В., Пищулина Л.А., Петрова Н.С., Емельянова О.Ю., Радикова О.В.

ФГБНУ НИИВС имени И. И. Мечникова, Москва, Россия, 105064, Малый Казённый переулок, дом 5а

ALLERGY TO MILK PROTEINS IN CHILDREN WITH IGE MEDIATED ALLERGIC REACTIONS LIVING IN MOSCOW AND THE MOSCOW REGION

Petrova S.Y., Khlgtatyan S.V., Berzhets V. M., Vasilyeva A.V., Pischulina L.A., Petrova N.S., Emelyanova O.Yu., Radikova O.V.

Mechnikov Research Institute of Vaccines and Sera, Moscow, Russia

Наибольшую этиологическую и клиническую значимость аллергия к белкам коровьего молока имеет

при аллергических заболеваниях в детском возрасте [1,2]. Согласно данным Европейского общества детских