

ЛІТЕРАТУРА

1. *European Allergy White Paper/ Allergic diseases as a public health problem in Europe/ The UCB INSTITUTE of Allergy* – 1997. – 118 p.
2. *The presence of IgE molecules on epidermal Langerhans cells in patient with atopic dermatitis: comparison with allergic contact dermatitis// C.A. Bruyenzel-Koomen, D.K. Van Wichen, J. Toonstra et al. // Contact dermatitis. – 1996. – Vol. 35, N 1. – P. 27–32.*
3. *Campbell D.E., Kemp A.S. Proliferation and production of interferon-gamma and IL-4 in response to Staphylococcus aureus and staphylococcal superantigen in childhood atopic dermatitis// Clin. Exp. Immunol. – 1997. – Vol. 107, N 2. – P. 392–397.*
4. *Adolf G.R., Grell M., Scheurich K. Tumor necrotic factor. – In Epidermal growth factors and cytokines// T.A. Luger, M.Schwarz. – New-York: Marcel Dekker Inc., 1993. – P. 63–68.*
5. *Атопічний дерматит / Руководство для врачей. Под ред Т.В.Проценко.– Донецк: Мединфо. – 1998. – 107 с.*
6. *Жибурт Е.Б., Серебряная Н.Б., Каткова И.В., Дьякова В.В. Цитокины в кровотоке, иммуногенезе и воспалении // Terra medica. – 1996. – № 3. – С. 38–41.*
7. *Ревакина В.А., Коростовцев Д.С. Атопічний дерматит: роль цитокинов в механізмах розвитку.// Аллергологія. – 2000.– № 1.– С. 40–47.*
8. *Кулага В.В., Романенко И.М. Аллергические заболевания кожи. – Киев: Здоровье, 1997. – 256 с.*
9. *Лаки Э., Матиас Т. Аллергические заболевания кожи// В кн: Клиническая иммунология и аллергология / Под ред. Г. Лолора-младшего, Т. Фишера, Д. Адельмана. Пер. С англ. – Москва: Практика, 2000 – С. 287–300.*
10. *Гущин И.С. Аллергическое воспаление и его фармакологический контроль. – Москва: Фармаус принт, 1998. – 252 с.*
11. *Олисова О.Ю. Значение иммунного статуса в диагностике атопического дерматита//7-й Рос.съезд дерматологов и венерологов: Тез.докл. – Казань, 1996. – Ч. 1. – С. 57.*
12. *Becker D., Knop J.E. Epidermal cell-derived cytokines and delayed type hypersensitivity // Ibid. – P. 365–376.*
13. *Chan S.C., Brown M.A. et al. Abnormal IL-4 gene expression by atopic dermatitis T-lymphocytes is reflected in altered nuclear protein interaction with IL-4 transcriptional regulatory element // J. Invest. Derm. – 1996. – Vol. 106, N 5. – P. 1131–1136.*
14. *Балаболкин И.И. Современная концепция патогенеза и терапии атопического дерматита у детей // В кн: Современные проблемы аллергологии, клинической иммунологии и иммунофармакологии. – Москва, 1998. – С. 113–119.*
15. *Смирнова Г.И. Аллергодерматозы у детей. – Москва: БУК-лтд., 1998. – 11с.*
16. *Торопова Н.П., Синявская О.А. Экзема и нейродермит у детей. – Екатеринбург: Уральский рабочий, 1993. – 447 с.*
17. *Суворова К.Н., Антонова А.А. Наследственные дерматозы. – Москва: Медицина, 1997. – 231 с.*
18. *Атопічний дерматит у дітей / В.В. Бережний, О.І. Ласиця, Д.Д. Калюжна та ін. // Збірник наукових праць КМАПО ім. П.Л. Шупика, 2001, вип.10, кн.2.– С. 207–220.*
19. *Механізми формування дерматореспіраторного синдрому у дітей / О.І. Ласиця, Г.Є. Ревуцька, О.М. Охотнікова та ін. // Збірник наукових праць КМАПО ім. П.Л. Шупика, 1999, вип.7, кн. 2. – С. 47–56.*

МЕТОДОЛОГІЧНІ ПІДХОДИ У ВИРІШЕННІ ПРОБЛЕМИ АТОПІЧНОГО ДЕРМАТИТУ НА СУЧАСНОМУ ЕТАПІ

Н.Г. ГОРОВЕНКО, О.І. ЛАСИЦЯ, Л.Д. КАЛЮЖНА, Л.С. ОСИПОВА

Резюме

Атопічний дерматит (АД), як самостійна нозологічна форма з ураженням багатьох систем організму, представляє собою серйозну проблему для різних галузей медицини. В статті представлені сучасні підходи до патогенезу, діагностики, та лікування АД. Розглянуто необхідні організаційні заходи для своєчасного виявлення хворих на АД та ефективного їх лікування.

METHODOLOGICAL APPROACHES IN MANAGEMENT OF ATOPIC DERMATITIS CHALLENGE AT PRESENT

N.G. GOROVENKO, O.I. LASITSA, L.D. KALUZHNA, L.S. OSIPOVA

Summary

Atopic dermatitis (AD) is a separate nosological unit. It is characterized by multiple organs involvement, making a real challenge for different health care institutions. The article presents the modern approaches to pathogenesis, diagnosis and treatment of AD. A number of organizational measures must be introduced for timely revealing and effective treatment of AD patients.

УДК 616-002.5-085.281.873.21-06:616-056.3

С.В. ЗАЙКОВ, Б.М. ПУХЛИК, Л.М. КИРИЧЕНКО, М.А. ТХОРОВСЬКИЙ, І.В. КОРИЦЬКА, Л.В. МІХЕЙ ШЛЯХИ УДОСКОНАЛЕННЯ ДІАГНОСТИКИ МЕДИКАМЕНТОЗНОЇ АЛЕРГІЇ

Вінницький державний медичний університет ім. М.І. Пирогова,
Обласний протитуберкульозний диспансер

Проблема медикаментозної алергії (МА) є однією з найбільш важливих у клініці внутрішніх хвороб [1, 2, 11, 15]. Так, згідно офіційних статистичних даних, ризик побічної дії у вигляді алергічних реакцій для більшості медикаментозних препаратів складає від 1 до 3 % [5, 9]. За даними клініко-епідеміологічного обстеження населення Вінницької області, що було проведено у 1991–1992 роках [12],

розповсюдженість МА становила 2,24 % у дорослих та 1,38 % у дітей. Серед усіх побічних ефектів лікарських засобів МА спостерігається в 6–10 % випадків і не має тенденції до зниження [4, 5, 9]. За спостереженнями цих авторів, у 15–30 % хворих, які знаходяться на стаціонарному лікуванні, розвиваються побічні реакції на медикаментозні препарати, значну частину яких складає саме ЛА. Крім того, лікарські засоби викликають смерть 0,1 % пацієнтів терапевтичного та 0,01 % хворих хірургічного

© Зайков С.В., Пухлик Б.М., Кириченко Л.М., Тхоровський М.А.,
Корицька І.В., Міхей Л.В., 2002

профілю [5, 9]. За нашими даними [10, 11], ризик фатального анафілактичного шоку у хворих на МА складає 0,0001. Це означає, що в Україні від лікарського анафілактичного шоку можуть щорічно вмирати від 50 до 100 людей.

Особливу актуальність набуває проблема МА у тих медичних дисциплінах, де лікування захворювань здійснюється обмеженим колом лікарських засобів (ендокринологія, фтизіатрія) [3, 7, 11]. У зв'язку з цим нам вдалось накопичити значний досвід діагностики і лікування хворих з МА, і ми вважаємо, що наведені нижче дані, отримані в клініці туберкульозу, будуть корисними взагалі для лікарів-алергологів та інших фахівців, які переймаються цією проблемою.

Метою нашої роботи є на моделі туберкульозу показати важливість проблеми ЛА, а також навести дані про нові методи її діагностики, які реально можна запровадити в практику медичних установ.

Матеріали та методи

Вивчення частоти, етіологічної структури та особливостей клінічного перебігу МА було проведено серед 7381 дорослих та серед 1886 дітей, які знаходилися на стаціонарному лікуванні в обласному протитуберкульозному диспансері з приводу туберкульозу органів дихання. Обстеження хворих проводилося в алергологічному кабінеті диспансеру [6] за допомогою збирання алергологічного анамнезу, клінічного обстеження пацієнтів, лабораторних методів дослідження з медикаментозними препаратами-алергенами. З метою визначення етіологічних чинників МА нами, крім алергологічного анамнезу, застосовані метод імунотермістиметрії (ІТМ) та реакція інгібіції міграції лейкоцитів в капілярах з медикаментозними препаратами [3, 11]. Починаючи з 2000 року нами з метою діагностики МА почали використовуватися модифіковані шкірні проби за допомогою спеціального створеного набору [14], а також ендоназальні та епікутанні тести [8, 13]. Статистична обробка одержаних результатів проводилася за загальноприйнятою методикою.

Отримані результати та їх обговорення

За допомогою вищенаведених методів дослідження МА достовірно діагностовано у 860 з 7381 (11,6 %) дорослих хворих на туберкульоз та у 104 з 1886 (5,5 %) дітей, що суттєво ($P < 0,01$ для обох випадків) перевищувало розповсюдженість МА серед популяції дорослого та дитячого населення Вінницької області відповідних років [12] і додатково підкреслило важливість даної проблеми для фтизіатрії. Серед дорослих МА дещо частіше реєструвалася у жінок (13,5 %), ніж у чоловіків (11,3 %), а також серед хворих у віці 41–50 років (11,3 %), ніж у віці до 20 років (8,4 %) і старших 70 років (9,2 %). Навпаки, серед дітей МА частіше спостерігалася серед хлопчаків (55,8 %), ніж серед дівчаток (44,2 %, при $P < 0,05$). Дещо частіше МА розвивалася у дітей віком від 4 до 7 (27,9 %) та підлітків (26 %), ніж у дітей від 0 до 3 років (13,5 %) та від 12 до 14 років (12,5 %).

Клінічні прояви МА були вивчені нами у 634 дорослих та 104 дітей. Слід підкреслити, що найчастіше у обстежених спостерігалися шкірні прояви МА (у 79 % дорослих та у 58,8 % дітей). Найбільш часто у дорослих спостерігався макулопапульозний дерматит (57,9 % серед всіх відповідних форм МА), рідше багатоформна ексудативна еритема (11,4 %), кропив'янка та ангіоневротичний набряк (11,2 %) та інші форми шкірних реакцій. У дітей найчастіше серед шкірних проявів МА відмічався макулопапульозний дерматит

(41 %), проте значно вищим був відсоток хворих з клінічними симптомами кропив'янки та ангіоневротичного набряку (39,3 %). Значно рідше ($P < 0,01$) реєструвалися ізольований свербіж шкіри (11,5 %), багатоформна ексудативна еритема (4,9 %) та ексфолиативний дерматит (3,3 %). Крім шкірних форм МА у дорослих та дітей нами були діагностовані й інші її клінічні прояви. Так, у 8,2 % дорослих та 1,9 % дітей ($P < 0,05$) мали місце органоспецифічні ураження (органів дихання, печінки, нирок) внаслідок ЛА, гематологічні (еозинофілія, тромбоцитопенія) — у 8 % дорослих та 32,7 % дітей ($P < 0,01$). Значно рідше нами серед дорослих пацієнтів діагностовано васкуліти (1,9 %), лікарський анафілактичний шок (1,3 %), лікарську лихоманку (1,1 %), сироваткова хвороба (0,5 %). Серед дітей лише у 5 з 104 обстежених відмічалася лікарська лихоманка (4,8 %), а прояви анафілактичного шоку та васкуліти були виявлені у 0,9 % випадків, тобто по одному спостереженню відповідно.

Важливим питанням в алергології є з'ясування етіології МА, тобто спектру причино-значущих алергенів [1, 2, 5, 9, 15]. З достатнім ступенем надійності лікарський алерген було визначено у 279 (80,9 %) з 345 дорослих та у 85 з 104 (81,7 %) дітей з МА. Найбільш часто у дорослих та дітей розвиток МА викликали вітаміни групи В (36,5 % та 41,2 %), стрептоміцин (16,2 % та 25,9 %), ізоніазид та інші похідні ПНК (13,5 % та 17,6 %), рифампіцин (14,9 % та 7,1 %, відповідно). Значно рідше в якості чинників розвитку МА виступали етамбутол (2,7 % та 4,7 %), піразинамід (1,3 та 3,5 %, відповідно, при $P < 0,01$ та $P < 0,05$ для всіх випадків).

У зв'язку з тим, що для ідентифікації ліків-алергенів у обстежених застосовувався комплекс клінічних, алергологічних, імунологічних методів, ми змогли орієнтовно розподілити лікарські алергічні реакції за імунопатологічними типами згідно класифікації Джелла-Кумбса. Проведений нами аналіз показав, що у дорослих до 1 типу реакції (кропив'янка та ангіоневротичний набряк, лікарський анафілактичний шок, більша частина макулопапульозного дерматиту, еозинофілія, свербіж шкіри, ураження легенів і бронхів) можна було віднести 60,4 % випадків, до II (тромбоцитопенія) — 0,63 %, до III (васкуліт, сироваткова хвороба, нефрит) — 3,63 %, до IV (контактний, фотоалергічний дерматит, лікарська лихоманка, частина проявів макулопапульозного дерматиту) — 7,4 % спостережень. У дітей також у більшості випадків (78,8 %) нами реєструвалися лікарські алергічні реакції I типу, у жодному випадку не виявлені реакції II типу, у 3,8 % обстежених мали місце реакції III типу, а у 8,7 % — IV типу. Однак, не в усіх випадках можна на підставі клініко-лабораторних даних визначити переважний тип імунопатології. Так, у 21,1 % дорослих та лише у 1 % дітей ми встановили I–III тип (фіксований дерматит, ураження печінки, плеври), а у 6,8 % дорослих та у 7,7 % дітей ми визначили I–IV тип (частина випадків макулопапульозного дерматиту) імунопатологічної реакції. Ми цілком згодні з точкою зору Л. Йегера [4], що алергічні реакції, як правило, мають змішаний перебіг за участю різних імунологічних механізмів, з наявністю провідного клініко-імунологічного типу реакції, що має велике значення при виборі тактики діагностики та лікування хворих з МА. Слід підкреслити, що ми не отримали даних про зв'язок між видом препарату, до якого розвинулася МА, та типом переважної імунологічної реакції і, відповідно, клінічними проявами МА. Очевидно, що при цьому головну роль відіграють особливості фенотипу та імунологічної реактивності хворих.

Як ми вказували, з 2000 року нами для шкірної діагностики МА застосовувався спеціально створений підприємством „Імунолог” набір, що включає спеціальний розчинник для лікарських препаратів, розчин гістаміну, спеціальні компакт-ланцети для тесту уколом. При створенні цього набору ми намагалися усунути численні вади, які існують при шкірній діагностиці МА рутинними методами [7, 8, 13, 14], а саме:

1. Сприяли перетворенню діагностичного розчину лікарського препарату з гаптену у повноцінний алерген. Для цього у розчинник нами додано людський імуноглобулін (0,5 % розчин).

2. Стабілізували фізико-хімічні якості розчинника. Для цього нами застосовується стандартна фармакопейна рідина для алергенів зі сталими параметрами.

3. Здійснюємо контрольне тестування з розчинником і 0,01 % розчином гістаміну.

4. Застосовуємо шкірний тест уколом, який є уніфікованим і найбільш вживаним у світі.

Щодо застосування саме тесту-уколом, то він є найбільш технологічним, уніфікованим серед усіх шкірних проб, практично виключає неспецифічні реакції за рахунок подразнення шкіри, реакції її судин. Серед шкірних тестів тест уколом є найбільш безпечним. В порівнянні зі скарифікаційним тестом він є значно специфічнішим. Його перевагами також є повна уніфікованість, більша естетичність, менша травматичність, що є важливим при обстеженні дітей. Все це робить тест уколом найбільш поширеним у світі методом шкірного алергологічного тестування [5, 9, 13, 14]. Для підвищення його інформативності нами створено оригінальний ланцет з ексцентричним списом, який при обертанні навкруги осі, покращує доступ розчину у шкіру (ротаційний тест уколом). Зараз усе вищенаведене набуло вид стандартного набору для діагностики МА, який має всі потрібні державні дозволи і сертифікати.

Нами було проведене порівняльне дослідження інформативності шкірного тестування запропонованим нами методом і рутинним способом (скарифікація металевим ланцетом, розчинення лікарських препаратів фізіологічним розчином, відсутність контрольних тестувань) у 250 хворих на туберкульоз з наявністю МА, що була верифікованою клініко-анамнестично і за допомогою лабораторних тестів, а також у 150 хворих на туберкульоз, у яких не було ознак МА. На правому передпліччі хворим робилося тестування за нашим методом, на лівому — звичайним.

В результаті порівняльного дослідження виявилось, що за допомогою нашого методу наявність сенсibiliзації до відповідних препаратів (стрептоміцину, ізоніазиду, рифампіцину) виявлялася в 27,6–46,4 % випадків, тоді як за

допомогою звичайного скарифікаційного тесту — в 17,6–19,2 % (різниця істотна, $P < 0,05$). З другого боку, що є не менш важливим, запропонований нами метод жодного разу не виявив хибнопозитивних результатів, тоді як рутинний — в 6–8 % випадків.

Отже, як видно з вищенаведеного, шкірна діагностика МА за допомогою створеного нами набору та її методика є значно інформативнішою. Зараз нами апробується і, як ми сподіваємося, в найближчому майбутньому буде впроваджений провокаційний метод діагностики МА, який полягає у введенні ендоназально водно-полімерних плівок (діаметром до 5 мм), до складу яких входить розчин відповідного лікарського препарату. При виникненні ознак риніту (утрудненні носового дихання, появи виділень з носу) є підстави вважати, що до цього препарату є сенсibiliзація [5, 9].

Окрім цього, зважаючи на те, що частина алергічних реакцій на лікарські препарати проявляється не тільки імунологічними реакціями I типу, але й II–IV типів за класифікацією Джелла-Кумбса, ми почали апробувати шкірну діагностику за допомогою епікутанних (пластирних) проб. Для них, як й для ендоназальних тестів, препарати нам люб'язно надали вчені Одеського фізико-хімічного інституту. Результати щодо цього нами будуть наведені у наступних публікаціях.

Слід також підкреслити, що ми не обмежуємося тільки діагностикою МА. У випадках, коли причиною МА є найбільш ефективні протитуберкульозні препарати (ізоніазид і рифампіцин), ми застосовуємо специфічну імунотерапію (СІТ) розчинами цих препаратів. Таку технологію вперше в Україні застосували А.С. Мамолат та К.Ф. Чернушенко [7]. Маємо щодо цього певний досвід і ми [6, 11]. Отже ми розраховуємо, що відпрацювання технології СІТ розчинами лікарських засобів дасть змогу надавати, по-суті, єдину ефективну допомогу категоріям хворих, для яких лікування відповідними препаратами є єдиним засобом вижити (цукровий діабет, туберкульоз тощо).

Таким чином, як видно з вищенаведеного, незважаючи на складнощі діагностики МА, в нашій країні з'явилися засоби, які можуть суттєво допомогти у вирішенні цих питань. Ми вважаємо, що в кожній області слід налагодити етапну діагностику МА (поглиблений збір анамнезу з елементами диференційної діагностики видів побічної дії лікарських засобів, модифікована шкірна діагностика, провокаційні та лабораторні тести). Такий підхід буде сприяти ранньому виявленню МА і запобіганню її важких проявів. Певним доказом цього є результати наших багаторічних досліджень і новацій у клініці туберкульозу.

ЛІТЕРАТУРА

1. Брусилловский Е.С. Лекарственная аллергия. — Киев: Здоров'я, 1974. — 184 с.
2. Дранник Г.Н. Клиническая иммунология и аллергология. — Одесса: Астропринт, 1999 — С. 433–466.
3. Зайков С.В. Биофизичні методи дослідження в протитуберкульозних закладах: Автореф. дис... д-ра мед. наук. — Киев, 1995. — 48 с.
4. Йегер Л. Клиническая аллергология и иммунология. — Москва. — 1986. — Т. 2.
5. Клиническая иммунология и аллергология / Под редакцией Г. Лолора младшего, Т. Фишера, Д. Адельмана. — Москва: Практика, 2000 — С. 357–393.
6. Корицька І.В. Алергологічний кабінет у протитуберкульозному закладі: Автореф. дис... канд. мед. наук. — Киев, 1994. — 15 с.
7. Мамолат А.С., Чернушенко Е.Ф. Побочные реакции при антибактериальной терапии больных туберкулезом. — Киев, 1975.
8. Машуков И.И. Модифицированная методика постановки кожных скарификационных проб // Лабор. дело. — 1988. №9. — С. 54–56.
9. Паттерсон Рой, Греммер Лесли К., Гринберг Пол А. Алергические болезни. Диагностика и лечение. — Москва: Геотар. Медицина, 2000. — С. 313–428.
10. Пухлик Б.М. Клиническая аллергология в Украине. Состояние и перспективы проблемы // Иммунология та алергологія. — 1998. — № 1. — С. 5–12.
11. Пухлик Б.М. Лекарственная аллергия. — Киев: Здоров'я, 1989. — 96 с.

12. Пухлик Б. М., Бондарчук О. Б., Корицька І. В., Міхей Л. В., Єкімова І. І. Розповсюдженість алергічних захворювань // Укр. пульмон. журн. – 1993. – №1. – С. 11–15.
13. Райкис Б.Н., Воронкин Н. И. Стандартизация метода диагностики аллергических заболеваний уколом в кожу // Иммунология. – 1983. – № 6. – С. 76–78.
14. Русанова В.Б. Применение ротационного теста уколом в клинической практике // Иммунология та алергологія. – 1999. – № 1–2. – С. 136–140.
15. Сидоренко Е.Н. Клиническая алергологія. – Киев: Здоров'я, 1991. – 261 с.

ШЛЯХИ УДОСКОНАЛЕННЯ ДІАГНОСТИКИ МЕДИКАМЕНТОЗНОЇ АЛЕРГІЇ

С.В. ЗАЙКОВ, Б.М. ПУХЛИК, Л.М. КИРИЧЕНКО, М.А. ТХОРОВСЬКИЙ, І.В. КОРИЦЬКА, Л.В. МІХЕЙ

Резюме

Вивчені деякі аспекти медикаментозної алергії у хворих на туберкульоз. Ястота медикаментозної алергії у таких хворих складає 5,5–11,6 % і має тенденцію до подальшого збільшення. Частота цієї патології залежить від статі, віку, специфіки туберкульозного процесу. Наведені перелік препаратів, які викликають розвиток алергічних реакцій, сучасні підходи до діагностики та лікування хворих на медикаментозну алергію. У протитуберкульозних закладах необхідно організувати проведення профілактики, діагностики та лікування медикаментозної алергії, які б відповідали сучасним умовам.

THE WAYS OF IMPROVEMENT OF DIAGNOSIS OF DRUG ALLERGY

S.V. ZAYKOV, B.M. PUKHLIK, L.M. KIRICHENKO, M.A. TKHOROVSKY, I.V. KORITSKA, L.V. MIKHEY

Summary

Some aspects of drug allergy in tuberculosis patients have been presented. The rate of drug allergy in tuberculosis patients reaches 5,5–11,6 % and tends to further increase. The frequency of drug allergy depends on sex, age and specificity of a tuberculous process. A list of the drugs, causing allergic reactions more frequently, have been composed. Contemporary approaches to diagnosis and treatment of patients with drug allergy were elaborated. It seems necessary to organize proper prevention, diagnosis and treatment of drug allergies in medical institutions.

УДК 616-056.3

І.О. АГАФОНОВА, А.З. БАНДРІВСЬКА, Л.П. БІБІКОВА, О.Б. БОНДАРЧУК, П.В. ГРИШИЛО, Л.В. ЗАБРОДСЬКА, В.М. ГОНЬКО, О.Г. КАПШУК, А.В. КОВПАК, А.С. КОСЕНКОВА М.Б. КРУК, С.М. ПУХЛИК, Н.І. САФРОНКОВА, В.В. ЧОП'ЯК, П.М. ЧОРНОБРОВИЙ

ПОЧАТОК ВПРОВАДЖЕННЯ СКРИНІНГУ АЛЕРГІЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ В УКРАЇНІ

Центр алергічних захворювань верхніх дихальних шляхів АМН України,
Вінницьке підприємство "Імунолог",
Київське підприємство "Біотехнологія"

За даними багатьох вчених світу алергічні захворювання (АЗ) є одними з найбільш розповсюджених [2, 8, 10, 11]. На жаль, реальна ситуація з АЗ в Україні є невідомою, оскільки офіційна статистика враховує лише бронхіальну астму (БА), алергічний риніт (АР) — без визначення його форми, та, частково, алергічний дерматит (АД). Не ведеться статистика харчової, лікарської, інсектної алергії, кропивниць тощо. Та й ті АЗ, які враховуються, реєструються лише за зверненням за медичною допомогою, що є вельми неповним [3, 5, 6].

Якщо порівняти дані офіційної статистики АР (точніше — полінозу і цілорічного АР) і БА в Україні за останні роки та світові дані щодо розповсюдженості цих захворювань, виявиться, що різниця між цими показниками є значною (табл. 1). Тобто, в нашій країні виявляється лише кожний 15–60 хворий на АР і кожний 10–20 хворий на БА.

За даними більшості дослідників, кожний п'ятий мешканець Землі страждає на АЗ, причому передують тут АР

і БА, амплітуда частоти яких у різних країнах коливається, відповідно, між 4–32 % і 0,5–30 %, сполучення АР і БА є у 5 % населення.

Всі фахівці сходяться на тому, що найбільш розповсюдженою формою АЗ є АР. За останні десятиріччя частота АР (сезонного і цілорічного) у європейських країнах зросла і за даними останніх років подекуди досягає 30–40 %. Є дані, що кількість хворих на АР в Європі наближається до 50 млн. людей [10, 11].

За кордоном (за матеріалами, наведеними А.З. Акоюн [1], частота БА серед дітей в більшості країн неухильно зростає. Так, у Фінляндії з 1977 по 1991 рік вона зросла з 1 % до 2,8 %, у Великій Британії з 1964 по 1994 — з 4,1 % до 19,6 %, у Швеції з 1979 по 1991 роки — з 2,5 % по 5,7 %, у Швейцарії з 1968 по 1981 роки — з 1,7 % по 2,8 %.

За її даними розповсюдженість БА серед дітей різних вікових груп міста Києва коливається у межах між 6,1–8,1 %, АР — у межах між 5,5–5,6 %, АД — у межах між 3,8–3,9 %.

Дуже важливим показником є своєчасність виявлення АЗ. Адже саме похідним від нього є інвалідність, смертність, низька ефективність лікування, зайві економічні витрати. Як вказують А.С. Лопатин зі співавт. [4], в Росії лише 18 % пацієнтів з сезонним АР направляється до фахівців на

© Агафонов І.О., Бандрівська А.З., Бібікова Л.П., Бондарчук О.Б., Гришило П.В., Забродська Л.В., Гонько В.М., Капшук О.Г., Ковпак А.В., Косенкова А.С., Крук М.Б., Пухлик С.М., Сафронкова Н.І., Чоп'як В.В., Чернобровий П.М., 2002