

ВИВЧЕННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ СПЕЦИФІЧНОЇ ІМУНОТЕРАПІЇ ПРИ АЛЕРГІЧНИХ ЗАХВОРЮВАННЯХ ВЕРХНІХ ДИХАЛЬНИХ ШЛЯХІВ ЗА РЕЗУЛЬТАТАМИ 5-РІЧНОГО РЕТРОСПЕКТИВНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ

I. В. ГОГУНСЬКА

ДУ «Інститут отоларингології ім. проф. О. С. Коломійченка АМН України»

Алергічний риніт (АР) сьогодні розглядається в контексті системного алергічного захворювання і майже завжди пов'язаний з іншими atopічними патологічними процесами [5, 10, 47]. У багатьох випадках він передуює бронхіальній астмі (БА) та є фактором ризику її розвитку. Концепція «one way, one disease» набула останнім часом популярності та продовжує розвиватися [6, 8, 14, 16, 27, 32]. Описано декілька механізмів взаємозв'язку верхніх на нижніх дихальних шляхів: назобронхіальний рефлекс, який стимулює підвищення бронхіального опору; дія цитокінів та запальних клітин за межами слизової оболонки порожнини носа; дихання через рот при назальній обструкції, коли повітря не зволожується, не очищається, не зігрівається у носових раковинах та, потрапляючи у бронхи, посилює їх гіперреактивність [17, 33].

Незважаючи на те, що АР не загрожує життю пацієнтів, він часто ускладнюється запаленням середнього вуха та пазух носа [28, 37]. Наприклад: за даними Nowak-Wegryzn [28], 24 % хворих на середній ексудативний отит мали гіперчутливість до декількох провідних алергенів, а також підвищений вміст еозинофілів, Т-лімфоцитів, IL-4 mRNA+ –клітин. При цьому алергічне запалення у них мало місце в слуховій трубці, середньому вусі та носовій частині глотки.

Витрати в світі на лікування АР складають від 2 до 5 мільярдів доларів. Найголовніше, що це захворювання значно впливає на якість життя пацієнтів та їх працездатність [67 20, 25, 35, 36, 39, 45]. Vousquet та співавтори [8] повідомляють, що симптоми персистуючого риніту непокоять хворих більше, ніж симптоми астми. В оновленому документі ВОЗ «Allergic rhinitis and its impact on asthma» (алергічний риніт та його вплив на астму, 2008) АР вважається провідним хронічним респіраторним захворюванням, поширеність якого досі недооцінюється [6, 9, 25, 32]. Своєчасне виявлення АР та проведення лікування попередить розвиток ускладнень та, насамперед, формування БА [7].

Оптимальна терапія при інгаляційній алергії, у тому числі АР, за даними ВООЗ, повинна включати елімінаційні заходи, фармако- та специфічну імунотерапію [7, 11, 13, 22, 43].

Специфічна імунотерапія алергенами (СІТ) має переваги над медикаментозними методами лікування, оскільки дозволяє досягти тривалої ремісії, повної відсутності симптомів хвороби у пацієнтів, запобігає пере-

ходу більш легких клінічних проявів у тяжкій формі, зберігає працездатність обстежуваних, а також зменшує потребу в протиалергічних препаратах, підвищуючи якість життя хворих. На відміну від фармакотерапії, ефект від СІТ зберігається декілька років після завершення курсу. Kaplan Michael [21] спостерігав клінічний та превентивний ефект дії при підшкірній СІТ пилюковими алергенами (запобігання формування БА) у осіб з АР протягом 2 років. Жодний фармакологічний препарат не має такої поліфункціональної дії [2, 4, 19, 33, 40]. Витрати на СІТ є меншими у порівнянні з фармакологічними препаратами [41].

Vousquet [9] повідомляє, що при АР у разі недостатнього контролю за перебігом захворювання СІТ призначається на фоні антигістамінних препаратів та топічних глюкокортикостероїдів пацієнтам, які відмовляються від фармакотерапії, та при побічних ефектах стандартного лікування. Загальноприйнятно, що СІТ повинна бути розпочато якомога раніше для більшої ефективності. Рекомендації ARIA сфокусовані саме на цьому методі лікування [5, 29, 41].

СІТ емпірично використовувалась з 1911 р. У 70-х роках ХХ століття її ефективність підтвердилась рандомізованими клінічними дослідженнями. Подальший процес науки утвердив її як надійний метод лікування та профілактики респіраторної алергії, оскільки СІТ є єдиним методом, що реально впливає на всі ланки патогенезу алергічних захворювань та дозволяє обірвати їх розвиток та природний перебіг [9, 22, 23, 30, 37, 38, 46]. З 1980 по 2000 рр. ефективність СІТ доведена у 43 подвійних сліпих плацебо контрольованих клінічних дослідженнях [43], причому найменш вивчена СІТ кліщовими алергенами.

З часу впровадження СІТ накопичено великий досвід її клінічного використання. Цей метод став одним з найбільш науково-обгрунтованих та зайняв головне місце у лікуванні хворих на АР, в етіології якого головна роль належить кліщовим, епідермальним алергенам, пилюку рослин [3, 9, 18, 24, 33, 38, 42, 44, 46]. Навіть при протяжному перебігу риніту з недостатньо контрольованими симптомами однорічний курс СІТ призводить до клінічного поліпшення стану та зменшення гіперчутливості шкіри до *D. Pteronyssinus* [44].

За даними Lars Jacobsen [22], ефект СІТ може бути оцінений на чотирьох рівнях та розподілений на: ранній (зменшення симптомів респіраторної алергії/потреби у медикаментах); персистуючий (підвищення толе-

рантності до алергену); пізній (тривале зменшення симптомів респіраторної алергії/потреби у медикаментах, тривале підвищення толерантності до алергену); профілактичний (попередження приєднання інших видів сенсibiliзації, загострення алергічного риніту). Дуже важливо, що СІТ при АР запобігає формуванню БА [14, 21, 22, 23, 39]. Так, Moller C. [26] протягом 3 років проводив СІТ у дітей з сезонним АР алергеном берези та/або алергенами лугових трав. Наприкінці дослідження діти, котрі отримували СІТ, мали достовірно нижчі показники клінічних симптомів АР, кращі результати провокаційного тесту з метахоліном, у них достовірно рідше сформувалась БА. A Eng та співавтори [15] дослідили, що у пацієнтів з моносенсиitivністю до алергенів трав трирічний курс імунотерапії може попередити приєднання іншої гіперчутливості протягом 5 років після її закінчення. Purello-D'Ambrosio та співавтори [34] також підтвердили превентивну дію чотирирічної СІТ, оскільки за 7 років спостереження у 68% хворих з групи контролю виникла додаткова сенсitivity до алергенів. Grembale та співавтори [18] довели, що СІТ при персистуючому риніті знижує гіперреактивність бронхів.

За даними науковців, клінічно доведеними та ефективними методами лікування при АР є СІТ, інтраназальні кортикостероїди [11, 12, 20].

В сучасних умовах формування та перебігу АР, при наявності у багатьох хворих полівалентної сенсitivity, для підвищення контролю за його перебігом СІТ повинна використовуватись в комплексі з фармакотерапією [30, 48].

Дослідження ефективності СІТ при АР та БА за допомогою пероральних драже з сумішшю алергенів кліщів домашнього пилу і пір'я подушок було проведено в Україні при координації проф. Б.М.Пухлика групою фахівців з 11 областей і наукових установ України у 2004 р. До розробки увійшло 1194 пацієнтів, у тому числі 608 — з цілорічним алергічним ринітом (ЦАР) і 586 — з АБА та з гіперчутливістю до побутових алергенів. Серед них було 575 дітей і 619 дорослих. 847 хворих застосовували СІТ на протязі 1 року, 347 — протягом 2 років. В усіх практичних і наукових установах було отримано однотипові результати, що дало право аналізувати їх разом.

При пероральній імунотерапії за допомогою драже у хворих на АР з поєднаною сенсibiliзацією до побутових та пилоквих алергенів серед дорослих і дітей у перший рік лікування вдалося сумарно досягти 96,71 % позитивних результатів СІТ, причому сумарно питома вага відмінних і добрих результатів складала 73,11 %. Останнє відповідає вищенаведеним у офіційному документі даним ВООЗ.

Другий рік дозволив дещо покращити результати імунотерапії у хворих на АР з поєднаною сенсibiliзацією до побутових та пилоквих алергенів: сумарно питома вага відмінних і добрих результатів становила 85,87 %.

Сумарно всі позитивні результати СІТ за допомогою драже у хворих на БА (96,25%) не поступалися таким у пацієнтів з алергічним ринітом та поєднаною сенсibiliзацією до побутових та пилоквих алергенів, як і сумарна

доля відмінних і добрих результатів — 76,4 5%, що також відповідає наведеним у документі ВООЗ результатам СІТ при БА (70–75 %).

Другий рік імунотерапії при БА також дозволив підвищити її ефективність — 99,39 % позитивних результатів, а сума «відмінних» та «добрих» результатів складала 85,27 %. Важливим було і те, що жодного випадку погіршення перебігу ЦАР і БА не відмічено.

Було зареєстровано всього 9 випадків (0,75 %) маловиражених небажаних реакцій серед 1194 осіб, які лікувалися за цим методом і не потребували відміни СІТ. Серед дітей (у 7) це спостерігалось частіше, ніж серед дорослих (у 2).

Що стосується питання безпечності СІТ, то можна зауважити, що за 50 років застосування цього методу в СРСР і, зокрема, в Україні діагностику алергенами було проведено у десятків мільйонів людей, а СІТ — у сотень тисяч. За цей час не було повідомлень хоча б про 1 випадок смертельних ускладнень після використання алергенів з діагностичної чи лікувальною метою.

Зокрема, І. В. Корицька (2007) вказує, що при проведенні СІТ парентеральним способом на протязі 3 років у 103 обстежуваних з цілорічним алергічним ринітом і БА місцеві реакції (свербіння, гіперемія, локальний набряк в місці введення АГ) виникли у 17,5 % з них. Системні реакції (легке загострення АР та БА) спостерігались у 2,9 %, гостра кропив'янка — у 1,9 % хворих. 62,9 % небажаних реакцій виникало під час фази збільшення дози алергену і тільки 37,1 % — під час підтримуючої терапії. Протягом 3-річної СІТ у жодного пацієнта не виникло загрозливих для життя станів [1].

В Центрі алергічних захворювань верхніх дихальних шляхів ДУ «Інститут отоларингології ім. проф. О. С. Коломійченка АМН України» з 2005 по 2009 рр. вперше в Україні було виконано 5-річне ретроспективне дослідження ефективності специфічної імунотерапії хворих на алергічний риніт, в якому приймали участь 750 осіб з сезонним, цілорічним алергічним ринітом і АР з полівалентною сенсibiliзацією до побутових та пилоквих алергенів.

Метою роботи було проведення суб'єктивної оцінки результатів специфічної імунотерапії (пероральної та ін'єкційної) у хворих на сезонний (САР) та цілорічний алергічний риніт (ЦАР) і АР з поєднаною сенсibiliзацією до побутових та пилоквих алергенів в ретроспективному 5-річному дослідженні.

Анкета ретроспективного дослідження ефективності лікування методом СІТ хворих на АР була розроблена в рамках виконання науково-дослідної теми «Удосконалити діагностику та лікування хворих на алергічний риніт з поєднаною сенсibiliзацією» ДУ «Інститут отоларингології ім. проф. О.С. Коломійченка АМН України» (рис. 1).

Всі хворі були обстежені алергенами виробництва Вінницького ТОВ «Імунолог» методом прик-тесту на наявність сенсibiliзації до побутових та пилоквих алергенів. СІТ призначалася двома способами — ін'єкційним та пероральним.

АНКЕТА РЕТРОСПЕКТИВНОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ

Ф.И.О. _____

Диагноз:
 КАР
 САР
 КАР + САР

Возраст
 18-24 лет
 25-34 лет
 35-44 лет
 45-55 лет

Пол
 Ж
 М

Вы получали лечение аллергенами
 В течение 1 года
 1-2 года
 2-3 года
 более 5 лет

Инъекции
 Драже
 Инъекции + драже

**Как Вы оцениваете эффективность
лечения аллергенами:**
 Отлично
 Хорошо
 Посредственно
 Плохо
 Очень плохо
 Без изменений

Вы считаете себя работоспособным
 Полностью
 Частично
 Нетрудоспособным

**В настоящее время жалобы
аллергического характера:**

Заложенность носа
 Нет
 Иногда незначительная
 Значительная
 Постоянная

Слезотечение
 Нет
 Постоянное
 Периодическое
 Сезонное

Зуд глаз
 Нет
 Постоянный
 Периодический
 Сезонный

**Использование суживающих
капель**
 Да
 Нет

**Применение аэрозолей
глюкокортикостероидов**
 Да
 Нет

**Использование антигистаминных
препаратов**
 Да
 Нет

Рис. 1. Анкета ретроспективного дослідження.

315 (42 %) хворих страждали на ЦАР з сенсibiliзацією до домашнього пилу та *D. pteronissimus*, *D. Farinae*; у 255 (34 %) була виявлена сенсibiliзація до пилку дерев, травневих трав, лугових трав та бур'янів; 180 (24 %) страждали на алергічний риніт з поєднаною сенсibiliзацією до побутових та пилоквих алергенів (рис. 2).

Тривалість лікування методом СІТ складала: до 1 року — у 165 осіб, від 1 до 2 років — у 155, від 2 до 3 років — у 190, більше 5 років — у 240 (рис. 3).

В групі пацієнтів з ЦАР практично не виявлено залежності від розподілу за віком. Серед обстежуваних в групі з САР переважали хворі віком від 18 до 24 та від 25 до 34 років, а в групі з алергічним ринітом з поєдна-

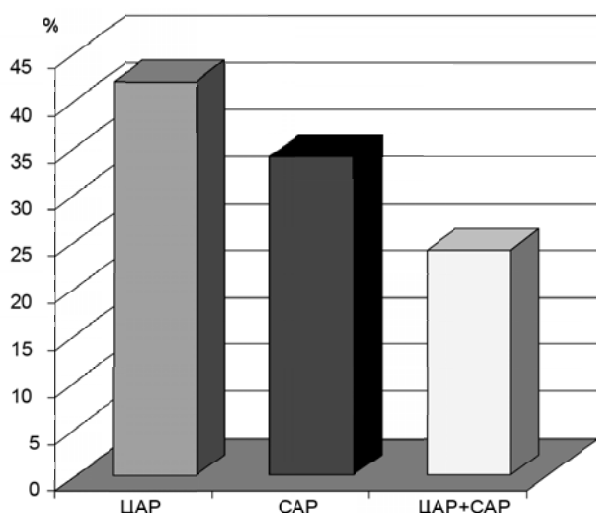


Рис. 2. Розподіл пацієнтів по діагнозам.

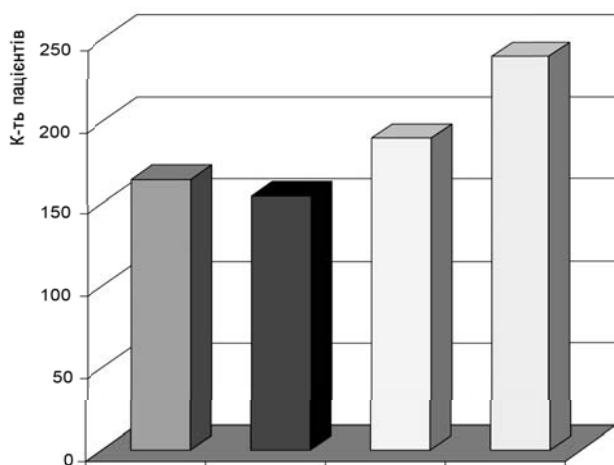


Рис. 3. Тривалість лікування методом специфічної імунотерапії.

ною сенсibiliзацією до побутових та пилоквих алергенів — у віці від 18 до 24 та від 25 до 34 років. З усіх 3 груп найбільша кількість молодих пацієнтів спостерігалась в групі пацієнтів з поєднаною сенсibiliзацією до побутових та пилоквих алергенів (рис. 4).

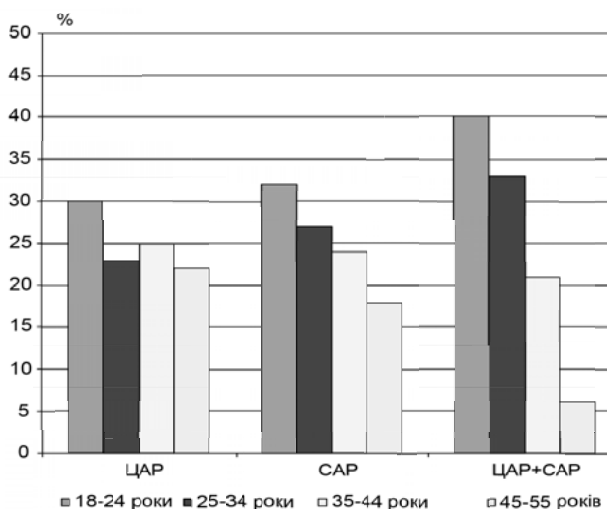


Рис. 4. Розподіл пацієнтів за віком.

В групі з ЦАР у 480 (64 %) хворих СІТ проведено ін'єкційним методом та у 279 (36 %) — за допомогою перорального драже «Алерген-драже мікст побутовий» виробництва підприємства ТОВ «Імунолог» м. Вінниця. Переважало використання ін'єкційного методу в першу чергу тому, що традиційно більш розповсюдженим є лікування саме таким способом. У пацієнтів в групі з САР ін'єкційний метод СІТ застосовано у 107 пацієнтів (41,9% випадків), пероральний — 148 (58,1 %). 111 (61,6 %) обстежуваних з поєднаною сенсibiliзацією до побутових та пилоквих алергенів отримували лікування комбінованим способом (ін'єкційним та пероральним), 32 (17,8 %) — тільки драже, 37 (20,6 %) — тільки ін'єкційним способом.

Згідно з європейськими дослідженнями Canonica, Passalacqua та Bousquet і співавторів [8, 10], 71,4% хворих на АР мають назальні та очні симптоми при загостренні АР, 24 % — тільки назальні симптоми, 1,7 % — тільки очні, а 2,9 % не мають ніяких симптомів.

Більше 93 % обстежуваних нами осіб з АР страждали від назальних та очних симптомів (рис. 5)

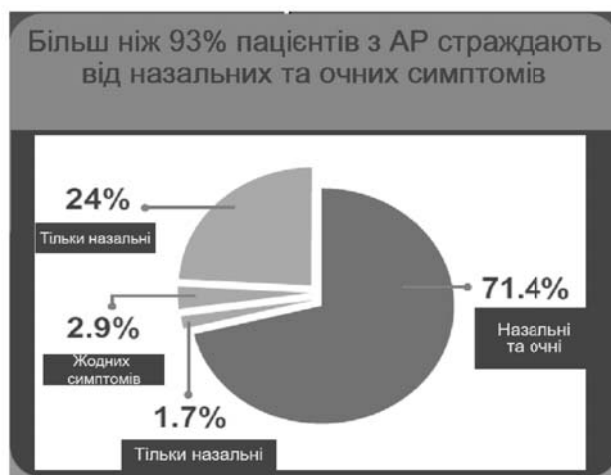


Рис. 5. Назальні та очні симптоми при алергічному риніті [10].

Таким чином, основні скарги на назальні та очні симптоми вивчались в дослідженні як критерії ефективності лікування. Так, в групі з ЦАР на незначні назальні симптоми в період загострення хвороби скаргились 214 (66,6 %) осіб, а 101 (33,4 %) не мали ніяких скарг. При САР скарги на незначні назальні симптоми мали 214 (83,9 %) обстежених, у 41 (16,1 %) їх зовсім не було.

Обстежуваних з поєднаною сенсibiliзацією до побутових та пилоквих алергенів турбувала сльозотеча та свербіння очей, а також назальні симптоми, які були відсутні у 18 пацієнтів (10%), та виявилися незначними у 124 (69,8%) (рис. 6, 7). У 38 (21 %) обстежуваних в період цвітіння алергенів симптоми зберігались.

При ЦАР сльозотеча та свербіння очей спостерігались лише у 10 (3,2 %) осіб, при САР — у 20 (7,8 %), при поєднаній сенсibiliзації до побутових та пилоквих алергенів — у 16 (8,8 %).

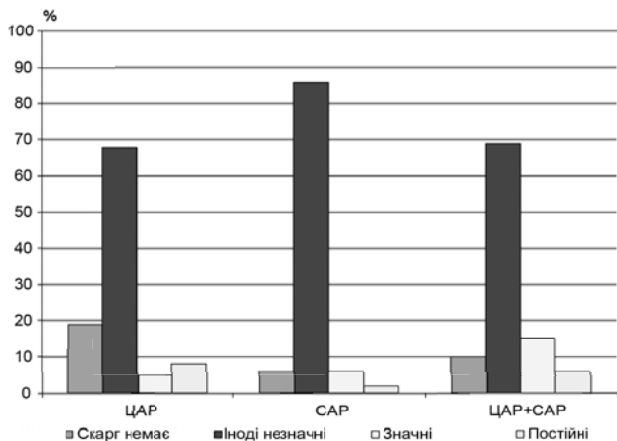


Рис. 6. Скарги на назальні симптоми під час загострення алергічного риніту.

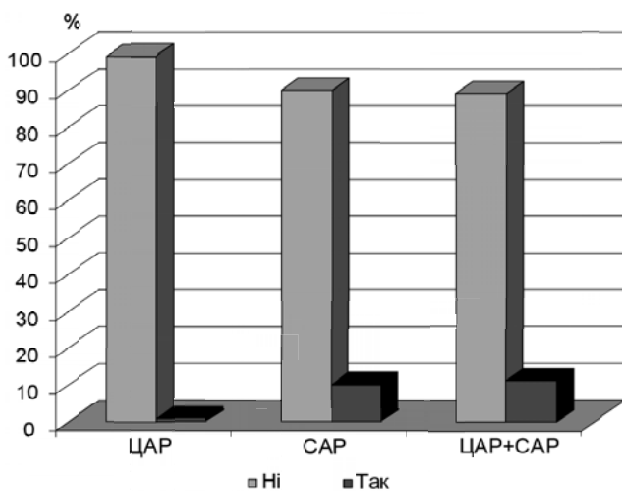


Рис. 7. Скарги на сльозотечу та свербіння очей в період загострення АР.

При ЦАР в період загострення антигістамінні препарати застосовували 160 (50,7 %) обстежуваних, при сезонному алергічному риніті — 186 (72,9 %), при поєднаній сенсibiliзації до побутових та пилоквих алергенів — 156 (86,6 %) (рис. 8.).

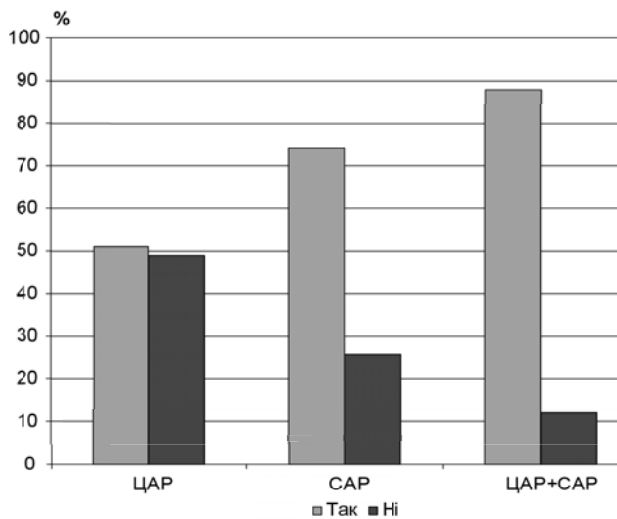


Рис. 8. Застосування антигістамінних препаратів в період загострення АР.

В групах хворих на ЦАР та САР в період загострення топичні інтраназальні кортикостероїди використовувалися у 53,9 та 51,7 % випадків, відповідно (рис. 9).

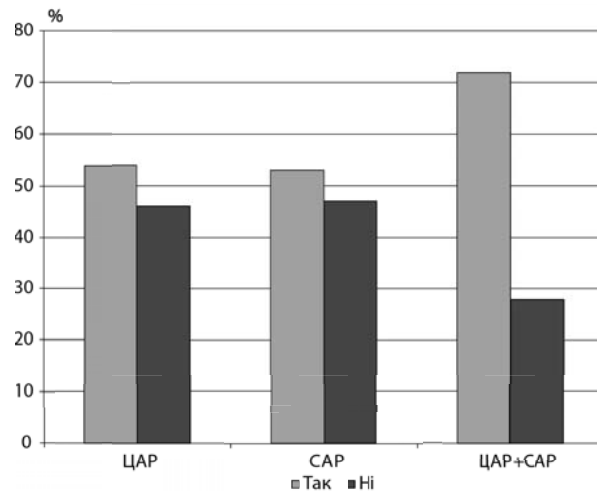


Рис. 9. Використання топичних інтраназальних кортикостероїдів під час загострення АР.

Оптимістично виглядає невелика потреба пацієнтів з АР в період загострення у судинозвужуючих краплях. При ЦАР необхідність застосування цього лікарського засобу залишилася у 63 (20%) осіб, при САР — лише у 5 (1,96%), а при поєднаній сенсibiliзації до побутових та пилоквих алергенів — у 34 (18,8%) (рис. 10).

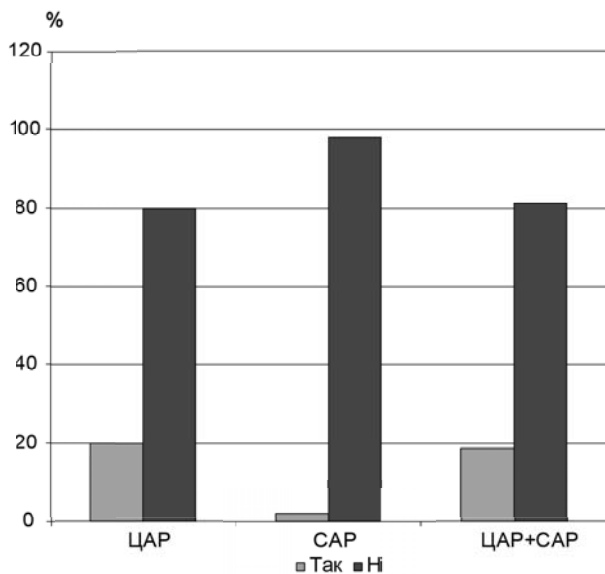


Рис. 10. Призначення судинозвужуючих крапель в період загострення АР.

Повністю працездатними в період загострення хвороби відчували себе 97,7 %, 95,6 % та 92,7 % хворих на ЦАР, САР та при поєднаній сенсibiliзації до побутових та пилоквих алергенів, відповідно (рис. 11). Показник працездатності — це важливий критерій ефективності специфічної терапії, який демонструє соціальну значущість необхідності та можливості проведення контролю за симптомами АР.

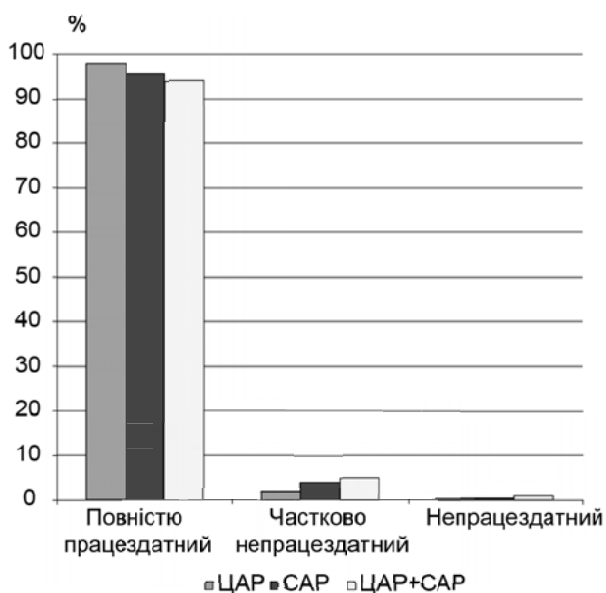


Рис. 11. Оцінка пацієнтами своєї працездатності в період загострення АР.

ВИСНОВКИ

Результати проведеного вперше в Україні масштабного ретроспективного аналізу 5-річного застосування СІТ ін'єкційним, пероральним та комбінованим методами у 750 хворих свідчать, що ефективність лікування є високою (понад 90 % добрих і відмінних результатів), що відповідає даним закордонних досліджень.

Потреба пацієнтів з АР в період загострення у судинозвужуючих краплях залишилася у 20 % осіб з ЦАР, у 1,96 % — з САР, а при поєднаній сенсibiliзації до побутових та пилоквих алергенів — у 18,8 %.

Назальні симптоми були відсутні у 10 % пацієнтів з АР, та виявилися незначними у 69 %. У 21 % обстежуваних в період цвітіння алергенів назальні симптоми зберігались.

Очні симптоми зберігались лише у 3,2 % пацієнтів з ЦАР, у 7,8 % — з САР, та у 8,8 % — при поєднаній сенсibiliзації до побутових та пилоквих алергенів.

В результаті 5-річного лікування методом СІТ пацієнти з ЦАР, САР та поєднаною сенсibiliзацією до побутових та пилоквих алергенів вважали себе повністю працездатними, відповідно, в 97,7; 95,6 та 94,0 % випадків.

ЛІТЕРАТУРА

1. Пухлик, Б. М. Ефективність специфічної імунотерапії при алергічних захворюваннях органів дихання з позиції доказової медицини [Текст] / І. В. Гогунська, І. В. Корицька, О. К. Яковенко // Журн. вушних, носових і горлових хвороб. — 2009. — № 6. — С. 29–38.
2. Alvarez-Cuesta, E. Immunotherapy with depigmented extracts: changes in quality of life [Text] / E. Alvarez-Cuesta, E. Aragoness-Gilsanz, C. Martin-Garcia // Clin. Exp. Allergy. — 2005. — Vol. 35, N 5. — P. 572–578.
3. Andrews Timothy. Banks Grass Pollen Immunotherapy as an Effective Therapy for Childhood Seasonal Allergic Asthma [Text] / Andrews Timothy, R. James // J. Allergy Clin. Immunol. — 2006. — Vol. 117. — P. 263–268.
4. Ariano, R. Long-term treatment with allergoid immunotherapy with Parietaria [Text] / R. Ariano, A. M. Kroon, G. Augeri // Allergy. — 1999. — Vol. 54, N 4. — P. 313–319.
5. Bachert, C. A review of the efficacy of desloratadine, fexofenadine, and levocetirizine in the treatment of nasal congestion in patients with allergic rhinitis [Text] / C. Bachert // Clin. Ther. — 2009. — Vol. 31, N 5. — P. 921–944.
6. Bauchau, V. Prevalence and rate of diagnosis of allergic rhinitis in Europe [Text] / V. Bauchau, S. R. Durham // Eur. Respir. J. — 2004. — Vol. 24. — P. 758–764.
7. Berger, W. E. Overview of allergic rhinitis [Text] / W. E. Berger // Ann. Allergy Asthma Immunol. — 2003. — Vol. 90 (6 Suppl 3). — P. 7–12.
8. Blaiss, M. S. Rhinitis-asthma connection: epidemiologic and pathophysiologic basis [Text] / M. S. Blaiss // Allergy Asthma Proc. — 2005. — Vol. 26, N 1. — P. 35–40.
9. Bousquet, J. World Health Organization. Allergic rhinitis and its impact on asthma [Text] / J. Bousquet, N. Khaltaev, A. A. Cruz, J. Denburg // Allergy. — 2008. — Vol. 63 (Suppl. 86). — P. 8–160.
10. Bugiani, M. Allergic rhinitis and asthma comorbidity in a survey of young adults in Italy [Text] / M. Bugiani, A. Carosso, E. Migliore // Allergy. — 2005. — Vol. 60, N 2. — P. 165–170.
11. Canonica, G. Noninjection routes for immunotherapy [Text] / G. Canonica, G. Passalacqua // J. of Allergy and Clinical Immunology. — 2003. — Vol. 111, N 1, 3. — P. 437–448.
12. Cingi, C. Efficacy of long-term sublingual-oral immunotherapy in allergic rhinitis [Text] / C. Cingi, S. Aynaci, H. Cakli, E. Cingi // Acta Otorhinolaryngol. Ital. — 2005. — Vol. 25, N 4. — P. 214–219.
13. Corren, J. Rhinitis therapy and the prevention of hospital care for asthma: a case-control study [Text] / J. Corren, B. E. Manning, S. F. Thompson, S. Hennessy, B. L. Strom // J. Allergy Clin. Immunol. — 2004. — Vol. 113, N 3. — P. 415–419.
14. Dinakar, C. Allergen immunotherapy in prevention of asthma [Text] / C. Dinakar, J. M. Portnoy // Curr. Opin. Allergy Clin. Immunol. — 2004. — Vol. 4, N 2. — P. 131–136.
15. Eng, P. A. Long-term efficacy of preseasonal grass pollen immunotherapy in children [Text] / P. A. Eng, M. Reinhold, H. P. Gnehm // Allergy. — 2002. — Vol. 57. — P. 306–312.
16. Gillisen, A. A connection between allergic rhinitis and allergic asthma? The one-way-one disease-hypothesis [Text] / A. Gillisen, G. Hoffken, U. R. Juergens // Pneumologie. — 2005. — Vol. 59, N 3. — P. 192–200.
17. Gonzalez Diaz, S. N. Allergic rhinitis and asthma: 2 illnesses. The same disease? [Text] / S. N. Gonzalez Diaz, A. Arias Cruz // Rev. Alerg. Mex. — 2002. — Vol. 49, N 1. — P. 20–24.
18. Grembale, R. D. Effects of specific immunotherapy in allergic rhinitis individuals with bronchial hyperresponsiveness [Text] / R. D. Grembale, L. Camporota, S. Naty, C. M. Tranfa // Am. J. Respir. Crit. Care Med. — 2000. — Vol. 162, N 6. — P. 2048–2052.
19. Halken, S. Prevention of allergic disease in childhood: clinical and epidemiological aspects of primary and secondary allergy prevention [Text] / S. Halken // Pediatr. Allergy Immunol. — 2004. Jun;15 Suppl 16:4–5, 9–32.
20. Hu, W. Allergic rhinitis — practical management strategies [Text] / W. Hu, C. H. Katelaris, A. S. Kemp // Aust. Fam. Physician. — 2008. — Vol. 37, N 4. — P. 214–220.
21. Kaplan Michael, R. Mikita Five-Year Follow-up on the PAT Study: Specific Immunotherapy and Long-term Prevention of Asthma in Children [Text] / R. Kaplan Michael, P. Cecilia // PEDIATRICS. — 2007. — Vol. 120. — P. 148.
22. Lars Jacobsen. Preventive aspects of specific immunotherapy [Text] / Lars Jacobsen // Current Allergy & Clinical Immunology. — August 2003. — Vol. 16, N 3. — P. 102–104.
23. Malling, H. J. Diagnosis and immunotherapy of mould allergy: Screening for mould allergy [Text] / H. J. Malling, B. Agrell, S. Croner, S. Dreborg // Allergy. — 2007. — Vol. 40, Issue 2. — P. 108–114.
24. McCormack, P. L. Ultra-short-course seasonal allergy vaccine (Pollinex Quattro) [Text] / P. L. McCormack, Wagstaff A. J. // Ann. Allergy Asthma Immunol. — 2006. — Vol. 96, N 5. — P. 673–678.
25. Meltzer, E. O. Quality of life in adults and children with allergic rhinitis [Text] / E. O. Meltzer // J. Allergy Clin. Immunol. —

2001. — Vol. 108. — P. 45–53.
26. *Moller, C.* Pollen immunotherapy reduces the development of asthma in children with seasonal rhinoconjunctivitis (the PAT-study) [Text] / C. Moller, S. Dreborg, H. A. Ferdousi [et al.] // *J. Allergy Clin. Immunol.* — 2002. — Vol. 109. — P. 251–256.
 27. *Nayak, A. S.* The asthma and allergic rhinitis link [Text] / A. S. Nayak // *Allergy Asthma Proc.* — 2003. — Vol. 24, N 6. — P. 395–402.
 28. *Nowak-Wegrzyn Anna.* Similar Allergic Inflammation in the Middle Ear and the Upper Airway: Evidence Linking Otitis Media With Effusion to the United Airways Concept [Text] / *Nowak-Wegrzyn Anna* // *PEDIATRICS.* — 2005. — Vol. 116, N 2. — P. 552–553.
 29. *Pajno, G. B.* Sublingual immunotherapy abrogates seasonal bronchial hyperresponsiveness in children with Parietaria-induced respiratory allergy: a randomized controlled trial [Text] / G. B. Pajno, G. Passalacqua, D. Vita, L. Caminiti, S. Parmiani, G. Barberio // *Allergy.* — 2004. — Vol. 59, N 8. — P. 883–887.
 30. *Passalacqua, G.* Allergen-specific sublingual immunotherapy for respiratory allergy [Text] / G. Passalacqua, G. W. Canonica // *BioDrugs.* — 2001. — Vol. 15, N 8. — P. 509–519.
 31. *Pawankar, R.* Allergic rhinitis and its impact on asthma: an evidence-based treatment strategy for allergic rhinitis [Text] / R. Pawankar // *Asian Pac. J. Allergy Immunol.* — 2002. — Vol. 20, N 2. — P. 139.
 32. *Pawankar Ruby.* Allergic Rhinitis and asthma: from the link to emerging therapy [Text] / Pawankar Ruby // *Indian J. Ches. Dis Allied Sci.* — 2003. — Vol. 45. — P. 179–189.
 33. *Polzehl, D.* Analysis of efficiency of specific immunotherapy with house-dust mite extracts in adults with allergic rhinitis and/or asthma [Text] / D. Polzehl, T. Keck, H. Riechelmann // *Laryngorhinootology.* — 2003. — 82, N 4. — P. 272–280.
 34. *Purello-D'Ambrosio, F.* Prevention of new sensitizations in monosensitized subjects submitted to specific immunotherapy or not. A retrospective study [Text] / F. Purello-D'Ambrosio, S. Gangemi, R. A. Merendino [et al.] // *Clin. Exp. Allergy.* — 2001. — N 31. — P. 1295–1302.
 35. *Reed, S. D.* The economic burden of allergic rhinitis: a critical evaluation of the literature [Text] / S. D. Reed, T. A. Lee, D. C. McCrory // *Pharmacoeconomics.* — 2004. - N 22. — P. 345–361.
 36. *Robin, J. Green, Gloria Davis* the burden of allergic rhinitis [Text] / J. Robin // *Current Allergy & Clinical Immunology.* — November 2005. — Vol. 18, N4. — P. 176–178.
 37. *Saltoun, C. A.* Update of efficacy of allergen immunotherapy for allergic rhinitis and asthma [Text] / C. A. Saltoun // *Allergy Asthma Proc.* — 2002. — Vol. 23, N 6. — P. 377–380.
 38. *Sanchez Palacios, A.* Sublingual immunotherapy with cat epithelium extract. Personal experience [Text] / A. Sanchez Palacios, F. Schamann // *Allergol. Immunopathol.* — 2001. — Vol. 29, N 2. — P. 60–65.
 39. *Stacie, M. Jones.* Pollen immunotherapy reduces the development of asthma in children with seasonal rhinoconjunctivitis (the pat-study) [Text] / M. Stacie // *Pediatrics.* — 2003. — Vol. 112, N 2. — P. 464–465.
 40. *Epas, E. C.* Immunotherapy of asthma and allergic diseases [Text] / Tepas E. C., Umetsu D. T. // *Curr. Opin. Pediatr.* — 2000. — 12, N 6. — P. 574–578.
 41. *Tomas, B. Casale.* Immunobiology of Asthma and Rhinitis [Text] / B. Tomas // *Am. J. Respir., Crit. Care Medicine.* — 1999. — 160, N 5. — P. 1778–1787.
 42. *Tonnel, A. B.* Allergic rhinitis due to house dust mites: evaluation of the efficacy of specific sublingual immunotherapy [Text] / A. B. Tonnel, A. Scherpereel, B. Douay, B. Mellin // *Allergy.* — 2004. — Vol. 59, N 5. — P. 482–484.
 43. *Van Cauwenberge, P.* Consensus statement on the treatment of allergic rhinitis [Text] / P. Van Cauwenberge, C. Bachert // *Allergy.* — 2000. — Vol. 55. — P. 116–134.
 44. *Varney, V. A.* Usefulness of specific immunotherapy in patients with severe perennial allergic rhinitis induced by house dust mite: a double-blind, randomized, placebo-controlled trial [Text] / V. A. Varney, K. Tabbah, G. Mavroleon, A. J. Frew // *Clin. Exp. Allergy.* — 2003. — Vol. 33, N 8. — P. 1076–1082.
 45. *Weiss, K. B.* The health economics of asthma and rhinitis [Text] / K. B. Weiss, S. D. Sullivan // *J. Allergy Clin. Immunol.* — 2001. — Vol. 107, N 1. — P. 3–8.
 46. *Wuthrich, P.* Safety and efficacy of specific immunotherapy with standardized allergenic extracts absorbed on aluminium hydroxide [Text] / Wuthrich, P. L. Gumowski, J. Fah, A. Hurlimann // *J. Investing Allergol. Clin. Immunol.* — 2001. — Vol. 11, N 3. — P. 149–156.
 47. *Young Yull Koh, Chang Keun Kim.* The Development of Asthma in Patients with Allergic Rhinitis [Text] / Young Yull Koh, Chang Keun Kim // *Curr. Opin. Allergy Clin. Immunol.* — 2003. — Vol. 3, N 3. — P. 159–164.
 48. *Zak-Nejmark, I.* Allergen immunotherapy decreases specific allergen-induced expression of Fas and FasL on CD4+ and CD8+ cells T. [Text] / I. Zak-Nejmark, Nowak Anna, J. Malolepszy // *J. Invest. Allergol. Clin. Immunol.* — 2005. — Vol. 15, N 1. — P. 63–68.

ВИВЧЕННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ СПЕЦИФІЧНОЇ ІМУНОТЕРАПІЇ ПРИ АЛЕРГІЧНИХ ЗАХВОРЮВАННЯХ ВЕРХНІХ ДИХАЛЬНИХ ШЛЯХІВ ЗА РЕЗУЛЬТАТАМИ 5-РІЧНОГО РЕТРОСПЕКТИВНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ

I. В. Гогунська

Резюме

За результатами проведеного вперше в Україні 5-річного ретроспективного дослідження вивчено ефективність специфічної імунотерапії при захворюваннях верхніх дихальних шляхів. Результати аналізу застосування СІТ ін'єкційним, пероральним та комбінованим методами у 750 хворих оцінюються ними як «відмінні» та «добрі» в групах з цілорічним алергічним ринітом (83 %), з сезонним алергічним ринітом (93 %) та з цілорічним і сезонним алергічним ринітом з полівалентною сенсibilізацією (84 %).

EFFICACY OF SPECIFIC IMMUNOTHERAPY IN ALLERGIC DISEASES OF UPPER RESPIRATORY TRACT OF THE 5-YEAR RETROSPECTIVE STUDY

I. V. Gogunskaya

Summery

As a result of the first in Ukraine 5-year retrospective study examined the effectiveness of specific immunotherapy for diseases of the upper respiratory tract. The results of SIT injection, oral and combined methods in 750 patients evaluated them as "excellent" and "good" in the group with perennial allergic rhinitis (83 % of surveyed), with seasonal allergic rhinitis (93 %) and in patients with seasonal and perennial allergic rhinitis with polysensibilization (84 %).