

УДК 615.37:616.248-085

**Б. М. Пухлик, С. В. Зайков, І. В. Гогунська, І. В. Корицька,
Є. М. Дитятковська, О. К. Яковенко, Б. Я. Булеза, Л. П. Бібікова, А. В. Ковпак**
Вінницький національний медичний університет імені М. І. Пирогова

Європейський вибір у лікуванні алергічних захворювань органів дихання

Ключові слова: бронхіальна астма, алергічний риніт, лікування, алерген-специфічна імунотерапія.

Алергічні захворювання органів дихання (АЗОД) – алергічний риніт (АР), бронхіальна астма (БА) – є надзвичайно поширеними. За нашими даними сумарно сезонний АР (САР) і цілорічний АР (ЦАР) охоплюють від 11 до 27 % населення [20, 23]. БА зустрічається у 3–11 % населення різних країн [10]. В Україні, оскільки офіційній статистиці цих захворювань неможливо довіряти, за розрахунками обидві форми АР зустрічаються приблизно у 5–10 % населення (залежно від регіону, вікових характеристик, статі тощо). Зважаючи на світові тенденції, зараз, окрім фармакотерапії, серйозну увагу стали приділяти алерген-специфічній імунотерапії АЗОД. Водночас в Україні цей метод лікування доводиться постійно обстоювати в дискусії з представниками фармацевтичних компаній, фахівцями-фармакотерапевтами, пульмонологами, оториноларингологами [23, 26]. Нам би не хотілося, щоб і в цьому питанні, де українська алергологія завжди була у числі лідерів, ми також опинилися в ролі наздоганяючих. Саме цьому вважаємо за доцільне довести до всієї медичної спільноти останні дані з клінік світу і вітчизняні надбання саме з питання специфічної імунотерапії (СІТ) при АЗОД.

Як підкреслює прийнята у 2011 році Декларація ЕААСІ (Європейської Академії алергології і клінічної імунології [17]: «Знаковою сферою лікування алергії сьогодні є алерген-специфічна імунотерапія, на даний момент – єдиний метод медичного втручання, що може потенційно впливати на природний перебіг алергічного захворювання. Роки клінічних випробувань, досліджень і мета-аналізу переконливо продемонстрували, що імунотерапія може досягти обнадійливих результатів для пацієнтів і суспільства, поліпшуючи якість життя хворих, знижуючи довгострокові витрати і тягар алергії, а також змінюючи хід захворювання. Алерген-специфічна імунотерапія не тільки ефективно полегшує симптоми

алергії, а й надає тривалий вплив після завершення лікування і може запобігти прогресуванню алергічних захворювань.

Тим не менш, імунотерапії донині не приділяється належна увага з боку європейських інституцій, у тому числі з боку науково-дослідних установ, питань фінансування, незважаючи на те, що імунотерапія могла б стати найбільш виправданою сферою з точки зору прибутку, трансляційної цінності та європейської інтеграції, а також сферою, в якій Європа визнана світовим лідером. Ми закликаємо політиків Європи для координації дій та підвищення індивідуального та громадського здоров'я при алергії шляхом:

- сприяння обізнаності про імунотерапію;
- оновлення національної політики в галузі охорони здоров'я для підтримки алерген-специфічної імунотерапії;
- пріоритизації фінансування досліджень імунотерапії;
- моніторингу показників алергії в економіці охорони здоров'я та макроекономіці;
- оптимізації медичних дисциплін і спеціальностей».

Як відомо, оптимальним методом лікування більшості АЗ (включаючи БА) на стадії, коли вони ще алергозалежні (тобто, ще не розвинулася неспецифічна гіперреактивність), є елімінація алергенів (АГ) чи відсторонення хворого від АГ [31]. Певною мірою санацію довкілля також можна розглядати як часткову елімінацію алергенів [24]. Проте оскільки у реальному житті «розвести» хворого і алерген майже ніколи не вдається, основними методами специфічного лікування АЗ, включаючи БА, є СІТ [27, 28].

На сьогоднішній день точні механізми цього методу лікування поки що не встановлені, але відомо вже досить багато [7]. Як вказує І. С. Гушнін [9], СІТ має

принципові переваги перед іншими методами лікування алергії, адже діє не на симптоми алергії, а змінює характер реагування організму на АГ, втручається у патогенез захворювання і тому впливає на всі ланки патогенезу патологічного процесу. На сьогодні вже доведено, що в тканинах після проведення СІТ зменшується кількість опасистих клітин та інших клітин запалення (нейтрофілів, еозинофілів), гальмується вивільнення медіаторів алергії, і те, що СІТ сприяє «переключенню» імунної відповіді з Th₂ на Th₁-хелпери. Після проведення СІТ підвищується продукція клітинами крові і тканин інтерлейкіну-10 (ІЛ-10), який інгібує імуноглобулін Е-залежну (ІgЕ-залежну) активацію опасистих клітин і синтез ІЛ-5. При цьому більш інтенсивно здійснюється загибель еозинофілів у результаті процесів апоптозу. В останні роки показана важлива роль антиген-презентуючих клітин, особливо дендритних, у контролі як специфічної толерантності, так і імунітету. Дендритні клітини розподілені у шкірі і слизовій оболонці та при контакті з АГ захоплюють його і протягом 12 годин мігрують в Т-клітинні зони лімфатичних вузлів. У разі відсутності прозапальних сигналів, що має місце при СІТ, дендритні клітини виявляють переважно толерогенну дію на Т-лімфоцити лімфатичних вузлів. При цьому індукуються утворення T_{per}, які можуть бути важливими регуляторами сприятливого клінічного ефекту СІТ [11].

Більшість дослідників пов'язують ефект СІТ зі збільшенням концентрації ІgG₄, ІgG₁ і зменшенням синтезу ІgЕ [15, 16]. Встановлено, що інгібуючі ефекти блокуючих антитіл при проведенні СІТ поширюються на різні механізми алергічних реакцій. Так, дані антитіла зменшують дегрануляцію опасистих клітин, що опосередкована ІgЕ, за їх присутності знижується ступінь підвищення концентрації ІgЕ в сироватці після дії АГ. Поряд з цим, знижується ефективність зв'язаної з ІgЕ презентації АГ Т-лімфоцитам, а також кількість алерген-специфічних В-клітин пам'яті, які диференційовані в напрямку синтезу ІgЕ-антитіл [5].

Останнім часом збільшується доказова база щодо ключової ролі в забезпеченні успішних результатів СІТ і нормалізації імунної відповіді на АГ віграють ІЛ-10 і TGF-β, що секретуються Т-регуляторними клітинами. Так, у сенсibilізованих осіб периферична Т-клітинна толерантність може бути вирішальним чинником нормальної імунної відповіді на АГ [8]. При цьому периферична толерантність, що індукуюється СІТ, призводить до модифікації імунного контролю алерген-специфічної імунної відповіді в різні фази, включаючи специфічну Т-клітинну супресію, утворення блокуючих антитіл ізотипів ІgG₄ і ІgА, зниження продукції ІgЕ-антитіл і пригнічення участі опасистих клітин, еозинофілів і базофілів в алергічній реакції [32].

Дослідження останніх років показали, що антитіла здатні виконувати функцію ферментів, каталізувати ряд біохімічних перетворень, регулювати ступінь проникності мембран клітин крові і ендотелію судин, брати участь у процесах хемотаксису та регуляції фагоцитозу. СІТ діє практично на всі патогенетичні стадії алергічного процесу, має інгібуючий вплив на клітинний та медіаторний

компонент алергічного запалення, гальмує ранню та пізню фазу негайної алергічної реакції. Після проведення СІТ знижується виділення гістаміну базофілами у відповідь на антигенну дію, виявляється гальмування хемотаксичної активності по відношенню до еозинофілів та нейтрофілів [3, 4]. Це призводить до пригнічення накопичення в тканинах клітин запалення, зменшення вмісту еозинофільного катіонного білка в секретах, внаслідок чого зменшується неспецифічна тканинна реактивність, гальмується пізня стадія алергічного запалення [9]. При проведенні СІТ встановлено достовірне підвищення рівня ІЛ-1α. СІТ пригнічує викликану АГ проліферацію Т-лімфоцитів і одночасно підвищує число алергенспецифічних CD8⁺-Т-лімфоцитів, які мають певну супресорну активність [50]. Клітинна перебудова при СІТ включає пригнічення викликаної АГ інфільтрації, підвищення вмісту клітин, що продукують ІЛ-12, посилення експресії HLA-DR (антигенпрезентуючих клітин), рецепторів для ІЛ-2 і появу Th₁-клітин. Сукупність вищеперахованих механізмів і визначає специфічний компонент СІТ.

Серед важливих для нашого дослідження фактів слід відмітити, що СІТ попереджає перехід АР у БА [6]. Є дані, що проведення цілорічної СІТ має вищий ефект, ніж короткотермінова СІТ, як, наприклад, передсезонна при полінозах [51]. Ремісія, що досягається при проведенні базисної протизапальної терапії є, по суті, фармакологічною, і її відміна може призводити до загострення хвороби [46]. У зв'язку з цим найбільш перспективним напрямом є алерген-специфічна вакцинація (СІТ) [7].

Переваги СІТ зумовлені дією, що стосується усіх етапів алергічної реакції – такого спектра дії не має жоден із фармакологічних препаратів [12, 17]. Неінвазивні методи СІТ також дозволяють досягати високої ефективності, стійкості ремісії [18]. Як свідчить педіатрична група фахівців із різних країн [45], пероральне введення продемонструвало свою ефективність при БА та АР у дітей, причому воно є більш економічним. Автори переконалися, що при поєднанні БА та АР краще проводити СІТ пероральним та назальним методами, ніж парентеральним.

СІТ має переваги над медикаментозними методами лікування, оскільки дозволяє отримати тривалу ремісію, повну відсутність симптомів хвороби у пацієнтів, запобігає переходу більш легких клінічних проявів у тяжкі форми хвороби, зберігає працездатність пацієнта, а також зменшує потребу в протиалергічних препаратах, підвищуючи якість життя хворих. На відміну від фармакотерапії, ефект від СІТ зберігається декілька років після завершення курсу. СІТ емпірично використовувалася з 1911 року. У 70-х роках ХХ століття її ефективність підтвердилася рандомізованими клінічними дослідженнями. Подальший розвиток науки утвердив її як надійний метод лікування та профілактики респіраторної алергії [42].

В численних рандомізованих багатоцентрових дослідженнях показана ефективність СІТ при АР, кон'юнктивіті, атопічній астмі, інсектній алергії. При цьому позитивний терапевтичний ефект досягається у 80–90 % випадків

і більше [7]. Резюмуючи результати цих досліджень, провідні міжнародні алергологічні співтовариства – Всесвітня організація алергії (WAO), робоча група Американської академії алергії (AAAAI), Американська колегія алергії, астми та імунології (ACAAI), Об'єднаної ради алергії, астми та імунології – переглядають і розробляють положення клінічних рекомендацій із урахуванням доказової медицини [34, 37].

Таким чином, СІТ на сьогодні є єдиним методом, який може вплинути на природний хід АЗ, включаючи БА і здатний зупинити формування тяжких форм захворювання, знизити потребу в протиалергічних фармакологічних препаратах, зберегти ефект ремісії протягом тривалого часу після закінчення лікування, а також попередити розширення спектра причинно-значущих АГ, що особливо важливо при АЗ [1, 2].

Ефект СІТ може бути оцінений на чотирьох рівнях та поділений на:

- ранній (поліпшення симптомів респіраторної алергії/потреби у медикаментах);
- персистуючий (підвищення толерантності до АГ);
- пізній (тривале поліпшення симптомів респіраторної алергії/потреби у медикаментах, тривале підвищення толерантності до АГ);
- профілактичний (попередження приєднання інших видів сенсibiliзації, загострення АЗ).

Хоча побічні реакції при проведенні СІТ й зустрічаються дуже рідко, однак вони не можуть не турбувати клініцистів. З метою їх уникнення було апробовано альтернативні підшкірні шляхи введення препаратів при СІТ. Кращим виявився пероральний, або, як це наведено у більшості зарубіжних джерел, сублінгвальний метод (СЛІТ). В Україні багатьма дослідженнями доведено, що пероральна СІТ за допомогою оригінальних цукрових драже, до складу яких введено АГ і які тривало розсмоктуються у порожнині рота, включає в себе всі ефекти СЛІТ, а також додатково дає змогу контактувати з дендритними клітинами лімфоглоткового кільця [22, 23].

Доведено, що пероральна СІТ, або СЛІТ, становить найбільший інтерес завдяки високому рівню безпеки. При цьому толерантність до АГ індукується спочатку на слизовій оболонці, що проявляється у зниженні вмісту назального IgE порівняно з сироватковим [32]. Підвищення рівнів IgG₄ та IgG₁ та IgE у сироватці крові відмічається вже після першого року лікування методом СЛІТ, а через три роки знижується концентрація IgE у крові. На відміну від підшкірної СІТ, СЛІТ не викликає накопичення мічених клітин, навіть якщо таблетки з АГ проковтуються. Тому дослідники дійшли висновку, що механізм цих двох методів проведення СІТ дещо різний. Так, O'Neil [43] відмічає, що слизова оболонка ротової порожнини має особисті регуляторні механізми, завдяки чому стає можливим ефект СЛІТ. Дендритні клітини слизової оболонки ротової порожнини мають властивість антигенпрезентуючих клітин. Вони також здатні активувати толерогенні Т-клітини. Найбільша кількість цих клітин знаходиться не під язиком, а у вестибулярній частині [39]. Не виключено, що саме цьому пероральна СІТ за допомогою драже з алергенами, які повільно

розсмоктуються, як це прийнято в Україні, має дещо кращий ефект, ніж СЛІТ [23].

СЛІТ почала практикуватися лише близько 20 років тому, але вже зараз вона є вельми популярним методом СІТ, оскільки така модифікація підвищує доступність використання її у домашніх умовах [15]. Численні автори рекомендують СЛІТ як альтернативу підшкірній, оскільки її ефективність доведена у 16 із 18 рандомізованих контрольованих досліджень [38, 40]. Крім того, порівняно з підшкірною СІТ, СЛІТ має більш швидкий ефект, безпечніший профіль, а ефективність сублінгвального шляху призначення імунотерапії пилюковими та кліщовими алергенами при АР іноді навіть перевищує ін'єкційний [12].

Аналіз 54 багатоцентрових рандомізованих плацебо-контрольованих досліджень щодо застосування СІТ в лікуванні алерген-індукованої БА, який представлений у Кокранівському огляді, переконливо свідчить про ефективність цієї терапії відповідно доказовому рівню А [21]. Отже, на даний час доступні мета-аналіз ефективності і безпечності СІТ при БА [31]. Рандомізовані плацебо-контрольовані дослідження показали, що підшкірна СІТ індукує розвиток тривалої ремісії при БА [5].

Поки що немає єдиного погляду щодо механізмів пероральної СІТ і конкретно СЛІТ [35], хоча цей метод офіційно визнаний ВООЗ і ЕААСІ, ефективність його підтверджена у клінічних дослідженнях. Так, в роботах Б. Райкіса показано [29]:

- ряд доказових клінічних випробовувань і мета-аналіз підтверджують ефективність СЛІТ при лікуванні хворих на АР;
- постмаркетингові дослідження виявили, що побічні ефекти відмічають у 5 % випадків при частоті менше 1:1000 доз і носять місцевий характер, а також доведена безпечність СЛІТ у дітей молодше 5 років;
- з 1986 року не було жодного випадку тяжких і летальних наслідків при використанні СЛІТ;
- дослідження продемонстрували аналогічні результати застосування СЛІТ і підшкірної СІТ щодо тривалості ефекту, профілактики розвитку БА, а також подібність механізмів дії цих двох методів імунотерапії.

Крім досить високої ефективності, СІТ також притаманна безпечність, особливо при її проведенні сублінгвальним або пероральним методами. Всі вищезгадані автори відмічають високий профіль переносимості даного методу лікування. При проведенні СІТ можуть виникати системні (вкрай рідко) та місцеві нетяжкі побічні реакції, які, як правило, легко усуваються за допомогою фармакотерапії та індивідуальної корекції режиму проведення СІТ. Причому частота розвитку побічних ефектів пропорційно зменшується з кожним повторним курсом імунотерапії [14]. Переважна більшість дослідників вважають СІТ досить безпечним методом лікування хворих на АЗ. Так, мета-аналіз результатів подвійних сліпих плацебо-контрольованих досліджень протягом останніх 20 років не встановив при проведенні СІТ жодного випадку тяжкої чи загрозливої для життя пацієнта реакції. Водночас необхідно зазначити, що підшкірна СІТ може, хоча й дуже рідко, призвести до тяжких системних

реакцій [14, 28]. Цей ризик становить лише 1,3 на 10 000 ін'єкцій. Навпроти, під час проведення пероральної СІТ побічні ефекти (як правило, нетяжкі) спостерігалися менше, ніж у 10 % пацієнтів, з частотою менше 1 дози на 1000, що дає змогу використовувати значно вищі дози АГ порівняно з підшкірною імунотерапією [30].

В Україні найбільш широкомасштабні дослідження з вивчення ефективності та безпечності пероральної СІТ при АР і БА були проведені в 11 областях під егідою професора Б. М. Пухлика. Згідно з їх результатами серед 1194 хворих у жодному випадку не було зареєстровано погіршення клінічного перебігу АЗ, а побічні реакції, зареєстровані лише у 0,75 % випадків, були пов'язані з порушенням хворими режиму проведення СІТ і легко усувалися [27].

Літературний пошук у джерелах світової літератури не дозволив виявити інформацію про експериментальне доведення можливості і ефективності СІТ. Тому коротко наведемо дані, отримані (наскільки нам відомо, вперше у світі) в результаті експерименту в Інституті отоларингології НАМНУ щодо СІТ. При проведенні досліджень користувалися вітчизняними алергенами виробництва Вінницького підприємства «Імунолог». В основу розробки моделі полівалентної сенсibilізації з утворенням специфічних ІgЕ-антитіл було покладено спосіб моделювання алергії негайного типу на моноалерген в органах дихання експериментальних тварин, розроблений в Київському НДІ отоларингології Л. О. Дюговською та співавторами (1992).

Було встановлено, що при даному способі полівалентної сенсibilізації відзначається виражене утворення реакінових антитіл до кожного алергену, при цьому в сироватці крові відзначався більш високий вміст ІgЕ. Подальші дослідження були спрямовані на дослідження можливості зниження рівня реакінів в трахеї та сироватці при проведенні десенсibilізації пероральним або парентеральним методом. Для цього використовували принципи специфічної імунотерапії – введення алергену у зростаючій дозі. Десенсibilізацію проводили протягом трьох наступних за сенсibilізацією днів, кожного разу збільшуючи дозу:

- 1-а доба – у 100 разів менша за сенсibilізуючу;
- 2-а доба – дорівнює сенсibilізуючій дозі;
- 3-я доба – у 10 разів більша за сенсibilізуючу.

Суміш алергенів при цьому вводили двома способами: 1-й дослідній групі перорально, 2-й дослідній групі – парентерально (підшкірно). Вміст специфічних ІgЕ-антитіл визначали у водно-сольових екстрактах з тканин трахеї та сироватці крові контрольних та дослідних щурів через 3 доби після сенсibilізації в реакції непрямої дегрануляції тучних клітин до кожного алергену окремо.

Було встановлено, що при проведенні експериментальної СІТ, навіть протягом короткого часу введення суміші алергенів з метою дезалергізації, відбувалося зниження рівня сенсibilізації до більшої частини використаних алергенів. Підшкірне введення суміші алергенів зумовлювало ефективне зниження рівня ІgЕ в екстрактах з трахеї до всіх алергенів ($p < 0,05-0,01$),

пероральне – до алергенів лободи, соняшнику і полину.

Було виявлено, що у сироватці крові при пероральному методі десенсibilізації рівень реакінів достовірно знижувався до амброзії, лободи і полину, а при підшкірному методі десенсibilізації – до амброзії та полину.

Аналіз даних щодо ефективності десенсibilізуючої дії суміші алергенів при різних способах проведення експериментальної СІТ свідчив про те, що проведення СІТ за допомогою перорального методу не поступається за ефективністю методу парентерального введення алергенів, а за показниками рівня реакінів у сироватці крові, навіть перевершує його.

Короткочасна експериментальна СІТ, проведена на даній моделі сумішшю алергенів, показала, що після проведення СІТ як шляхом підшкірного введення алергенів, так і при пероральному їх надходженні має місце виражений ефект десенсibilізації у вигляді зниження концентрації ІgЕ-антитіл, при цьому пероральне застосування алергенів для десенсibilізації було більш ефективним, ніж їх підшкірне введення.

Важливим було довести специфічність вітчизняних алергенів, які застосовуються в Україні для проведення СІТ при АЗОД. Дослідження щодо специфічності алергенів було виконано шляхом порівняння діагностичних можливостей алергенів Вінницького ТОВ «Імунолог» і медичної лабораторії «Синево Україна». Було проведено обстеження хворих на БА дітей ($n = 203$) віком від 5 до 17 років. Дослідження проводили методом постановки шкірного прик-тесту з алергенами *D. Farinae* та *D. Pteronissinus*, епідермальними алергенами шерсті кішки (ШК) та собаки (ШСб) виробництва Вінницького ТОВ «Імунолог». Паралельно проводили серологічне обстеження хворих даної групи з метою визначення специфічних ІgЕ до алергенів кліща *D. Farinae*, кліща *D. Pteronissinus*, епідермального алергену кішки та собаки за допомогою методу імуноблоту (лабораторія «Синево Україна» медичного холдингу «Медкавер»). Обрахунки статистичної інформації для кількісної оцінки узгодженості двох тестів використовували методологію статистики Каппа (Mark Woodward, 1999). Порівняння діагностичної цінності алергенів вітчизняного і російського виробництва проводилося методом прик-тесту.

У результаті досліджень до кліща *D. Farinae* виявлено наявність середньої сили погодженості (0,5621) шкірного прик-тесту з алергенами та визначення специфічних антитіл – ІgЕ, до кліща *D. Pteronissinus* виявлено наявність тісної погодженості (0,8588) результатів тестів, до алергену з ШК виявлено наявність тісної погодженості (0,8062) тестів, до алергену з ШСб виявлено наявність середньої сили погодженості (0,7243) тестів.

Таким чином, наведені вище дані про існування переважно тісних корелятивних зв'язків між результатами алергологічної діагностики методами *in vivo* та *in vitro* підтверджують наявність достатньої специфічності у вітчизняних алергенів. Це так, особливо якщо взяти до уваги, що збігу можна було очікувати більшою мірою за головними алергенами комплексного препарату відповідних алергенів, тоді як мінорні (малі алергенні

Таблиця 1

Порівняльні результати шкірної діагностики методом прик-тесту алергенами виробництва України та Росії (у мм ± середня похибка)

Вид алергенів	Обстежено хворих з АЗ	Середній розмір папули при постановці прик-тесту (М ± m)		Достовірність розбіжності результатів
		Алергени України	Алергени Росії	М ± m
Пилкові	40	7,05 ± 1,8	5,11 ± 1,5	< 0,05
Побутові	86	5,77 ± 1,24	3,63 ± 0,88	< 0,05

детермінанти) у препаратів алергенів різного походження могли і не співпадати.

Численні дослідження свідчать, що проводити СІТ алергенами є доцільним виключно за умови, якщо ці алергени за антигенним складом є близькими до оточення, що сенсibiliзує людину, тобто, виготовленими з агентів (пилу, пилку, харчів тощо), з якими постійно контактують ці хворі. Для ілюстрації ми провели порівняльне дослідження результатів шкірного тестування саме пилкових і побутових препаратів алергенів вітчизняного і російського виробництва, технологія виготовлення яких (водно-сольові екстракти) принципово не відрізняється (табл. 1).

Таким чином, навіть при порівнянні діагностичної цінності алергенів, виготовлених із сировини країн, які територіально межують, існують суттєві розбіжності на користь країни, де зібрано сировину для виготовлення алергенів. Тому не дивно, що певні (але незначні) розбіжності було виявлено між результатами вищенаведеної алергодіагностики шкірним (ТОВ «Імунолог») і лабораторним методами (медична лабораторія «Синево Україна»).

Наведені дані ілюструють також думку, яку ми постійно проводимо, захищаючи вітчизняного виробника алергенів: кожна велика країна (територіально і у вимірах кількості населення) повинна мати власне виробництво алергенів, а не завозити їх з іншої країни [23].

Як відомо, більшу доказовість мають дослідження популяційного характеру. Нижче ми наводимо дані з регіонів України, зібрані за 3 роки, щодо проведення СІТ при АЗОД. Методи проведення СІТ усюди були

тотожними в руслі вітчизняних протоколів щодо лікування САР, ЦАР і БА і відповідних методичних рекомендацій [30]. Клініко-лабораторне дослідження хворих на АЗОД включало вивчення анамнестичних даних, наявність сезонного, або цілорічного нежитю, закладеності і виділень з носу, свербіння очей; приступів ядухи або її еквівалентів (дистанційні свистячі хрипи, пароксизми спастичного кашлю), денні, нічні симптоми БА, частоту застосування бронхолітиків короткої дії, а також результатів об'єктивного, загальноклінічного, оториноларингологічного, фізикального та алергологічного обстеження, лабораторних та інструментальних даних, функції зовнішнього дихання при БА (переважно швидкісні показники) тощо (табл. 2, 3).

Таким чином, загальна ефективність СІТ при АЗОД коливалася від 73,0 % у дорослих і 81,0 % у дітей при мінімумі небажаних реакцій (4–6 %), які не завадили продовженню лікування. Дещо кращими були результати пероральної СІТ і ефективність її у дітей. Це цілком відповідає даним світової літератури [12].

Безумовно, при проведенні цілеспрямованих вибірко-вих досліджень можна досягнути і ще кращих результатів, як це зроблено у Комсомольській лікарні Полтавської області (табл. 4).

В принципі (і це відображено у відповідних вітчизняних протоколах і методичних рекомендаціях), якщо СІТ при АР може починатися без попередньої фармакотерапії, то при лікуванні БА, як правило, застосовується не монотерапія СІТ, а комбіноване лікування, коли базова фармакотерапія БА поступово заміщується основним курсом СІТ. Це можна проілюструвати на групі зі 100 дітей,

Таблиця 2

Середня сумарна ефективність однорічної СІТ при АЗОД за даними звітів (складено відсотки позитивних результатів – відмінних, добрих і задовільних) у дорослих хворих

Показник	СІТ			БА		САР		ЦАР	
	Всього	Пар.	Пер.	Пар.	Пер.	Пар.	Пер.	Пар.	Пер.
Всього хворих	38 397	33 035	5 362	11 569	1 866	15 397	2 581	6 690	1 040
Позитивні результати, %	73,00	71,99	75,99	72,99	74,97	80,00	77,99	75,99	77,02
Побічні реакції, %	4,44	5,00	1,00	5,00	1,02	4,01	0,72	6,03	1,03

Примітки: Пар. – парентерально; Пер. – перорально.

Середня сумарна ефективність однорічної СІТ при АЗОД за даними звітів (складено відсотки позитивних результатів – відмінних, добрих і задовільних) у дітей									
Показник	СІТ			БА		САР		ЦАР	
	Всього	Пар.	Пер.	Пар.	Пер.	Пар.	Пер.	Пар.	Пер.
Всього хворих	14 184	9 669	4 515	3 998	1 957	6 328	1 312	1 817	3 411
Позитивні результати, %	81,00	80,00	81,99	76,98	82,01	83,99	84,99	82,01	82,99
Побічні реакції, %	4,04	5,00	2,01	5,01	1,02	5,03	1,03	5,03	3,02

Примітки: за повідомленням алергологів регіонів України, в жодному разі не було зафіксовано небезпечних для життя хворих побічних реакцій, і у 95% випадків вдалося продовжити успішну СІТ; Пар. – парентерально; Пер – перорально.

хворих на БА, з Волинської області. До основної групи, в якій застосовувалася саме комбінована терапія, входило 50 дітей, до контрольної – 50 дітей (контроль протягом року вдалося здійснити, відповідно, за 45 і 38 хворими), які отримували базову фармакотерапію БА згідно з існуючими в Україні протоколами.

Через рік спостереження в основній групі суттєво зменшилися об'єктивні показники (частота денних і нічних приступів БА, напади візінгу, середня папула шкірної реакції [методом прик-тесту] до алергену *D. farinae* та *D. pteronissinus*) і суб'єктивні показники (середня кількість випадків госпіталізації, якість життя – за висновками батьків) тяжкості перебігу БА у дітей.

У таблиці 5 наведено результати ефективності СІТ у хворих на АЗОД через 12, 24, 36 місяців лікування в алергологічній клініці Вінницького медичного університету за 3 роки спостереження.

Через 12 місяців лікування вдалося досягти «відмінних» і «добрих» результатів у 56,1 % хворих, через 24 місяці – у 80,9 %, через 36 місяців – у 85,7 %. У трьох пацієнтів протягом трирічної імунотерапії не відзначалося будь-якої позитивної динаміки захворювання, але і погіршення клінічних симптомів не спостерігалось. Після першого року СІТ зменшення вираженості

шкірних проб відзначалося у 45,0 % випадків, після другого року – у 57,3 %, через 3 роки – у 61,1 % ($P > 0,05$).

Також нами була визначена частота розвитку побічних реакцій при проведенні СІТ у вищенаведених контингентів хворих. Місцеві реакції були незначними і не вимагали втручання. 62,9 % несприятливих ефектів виникало під час фази нарощування дози АГ і тільки 37,1 % – під час отримання підтримуючої дози. У жодного пацієнта ці симптоми не повторювалися двічі. Усі побічні ефекти були проаналізовані і, як з'ясувалося, були пов'язані у 14 пацієнтів з надзвичайно високим ступенем їх чутливості до АГ, у 4 хворих – з неправильною технікою введення АГ (попадання АГ безпосередньо в кровеносну судину, ін'єкції АГ з нових флаконів з іншою алергенною активністю), 4 пацієнти порушили протокол проведення СІТ. Протягом трирічної СІТ у жодного пацієнта не виникло загрозливих для життя станів. Виходячи з вищенаведеного, СІТ, при правильній технології проведення цього методу лікування, є цілком безпечним методом, оскільки за приблизно 60-річний період застосування СІТ в СРСР і в Україні не зареєстровано жодного випадку смерті внаслідок СІТ.

Порівняльний аналіз впливу різних методів СІТ на динаміку клінічної симптоматики у хворих на поліноз

Ефективність СІТ у Комсомольській міській лікарні за період 2004–2009 рр.										
Метод СІТ	Число хворих	Ефективність СІТ при АЗОД								
		Відмінний		Добрий		Відмінний та добрий	Задовільний		Без ефекту	
		Абс.	%	Абс.	%		Абс.	%	Абс.	%
Підшкірний										
Діти	74	34	45,9	32	43,2	89,1	7	9,5	1	1,4
Дорослі	118	38	32,2	66	55,9	88,1	11	9,3	3	2,6
Разом	192	72	37,5	98	51	88,5	18	9,4	4	2,1
Пероральний										
Діти	41	17	41,5	21	51,2	92,7	3	7,3	-	-
Дорослі	50	13	26	31	62	88,0	4	8	2	4
Разом	91	30	33	52	57,1	90,1	7	7,7	2	2,2

Місяці / кількість хворих	Результат лікування							
	Відмінний		Добрий		Задовільний		Без змін	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
12/98	24	24,5	31	31,6	27	27,5	16	16,3
24/94	26	27,7	50	53,2	11	11,7	7	7,5
36/91	33	36,3	45	49,4	10	11,0	3	3,3
$P_1 <$			0,05		0,05		0,05	
$P_2 <$	0,05						0,05	
$P_3 <$	0,05		0,05		0,05		0,05	

Примітки: P_1 – характеризує достовірність різниці результатів 12 і 24 місяців проведення СІТ; P_2 – характеризує достовірність різниці результатів 24 і 36 місяців проведення СІТ; P_3 – характеризує достовірність різниці результатів 12 і 36 місяців проведення СІТ.

(провідним проявом при якому є САР) у алергологічно-му центрі м. Дніпропетровськ показав, що як при парентеральній СІТ, так і при пероральній, відмічалось стійке, починаючи вже з першого сезону палінації після початку СІТ, зниження інтенсивності вираженості назальних (в середньому на 13,2–20,4 %; $p < 0,10$ –0,01), кон'юнктивальних (на 13,8–20,8 %; $p < 0,10$ –0,01) та бронхообструктивних симптомів захворювання (на 15,9–16,3 %; $p < 0,10$ –0,05 після підшкірного методу СІТ). До третього дослідження (другий сезон палінації АГ після СІТ) ці показники вірогідно ($p < 0,05$ –0,001) зменшилися на 33,8–52,9 % від початкового рівня, незалежно від способу проведення СІТ.

Об'єктивні клінічні і суб'єктивні відчуття хворих було підтверджено у даному дослідженні шляхом вивчення динаміки основних прозапальних інтерлейкінів (ІЛ-4, ІЛ-5, ІЛ-10, ШД-12 та фактора некрозу пухлин ІФН- γ). Результати дослідження показали, що у хворих на САР після парентеральної СІТ за експрес-схемою відзначалося вірогідне зниження вмісту у сироватці крові ІЛ-4 ($p < 0,05$ за критерієм Вілкоксона) і ІЛ-5 ($p < 0,001$), що відповідає за пізню фазу алергічного запалення і еозинофілну інфільтрацію тканини. Одержані нами дані підтверджують інгібіцію активності Тх2-клітин при проведенні СІТ класичним підшкірним методом. У динаміці показників ІЛ-10 вірогідних змін виявлено не було ($p > 0,70$). Водночас, відзначено суттєве підвищення продукції ІФН- γ ($p < 0,001$) і тенденція до зростання ІЛ-12 ($p > 0,10$), що вказує на підвищення активності Тх1-клітин.

При проведенні САР хворим пероральним методом у вигляді драже також відбувалося істотне зниження вмісту ІЛ-4 ($p < 0,05$) і підвищення активності ІЛ-12 ($p < 0,05$) та ІФН- γ ($p < 0,003$). Зменшення утворення ІЛ-5 при цьому мало характер сталої тенденції ($p < 0,15$), а вміст ІЛ-10 майже не змінився ($p > 0,70$). Тобто ці дані свідчать про схильність зниження маркерів активності Тх2-відповіді і вірогідну активацію маркерів Тх1-відповіді.

Доцільно також зауважити, що в Україні є значний досвід етапного проведення СІТ за схемою Я. В. Чонка, Б. Я. Булеза (2011): стаціонарний етап – амбулаторний

етап – санаторний етап (з додатковим застосуванням спелеотерапії та інших фізичних методів реабілітації).

Таким чином, як видно з літературних і фактологічних даних, СІТ при АЗОД як у світі, так і в Україні, має високу ефективність. У свій час ретроспективні дослідження Р. М. Альошиної (2005) показали, що і через 10 років у понад 75 % подібних хворих, що отримували СІТ, зберігалася ремісія. На жаль, у нас, на відміну від закордонних країн, немає вітчизняних даних про тривалість ремісії АЗОД після проведення парентеральної і пероральної СІТ в Україні, хоча алергени вітчизняного виробництва існують і застосовуються в країні уже 19 років і доказових проспективних досліджень проведено чимало.

Цю статтю хотілося б завершити цитуванням витримок з уже наведеної Декларації ЕААСІ (2011): «Понад 600 мільйонів людей в усьому світі страждають на алергічний риніт, причому у 200 мільйонів із них – ускладнений астмою. Половина всіх дорослих і не менше 2/3 дітей, хворих на БА, мають її алергічний генез. Мільйони пацієнтів, які відчувають лише незначний вплив симптоматичного медикаментозного лікування або ж помічають відсутність покращення і які бажають перейти на більш ефективний метод лікування своєї хвороби, можуть отримати користь з імунотерапії і тому повинні бути поінформовані про доступність і переваги цього лікування. На даний час імунотерапія є єдиним методом лікування, який пропонує можливість зниження багаторічних витрат і дискомфорту, викликаного алергією, змінюючи природний хід захворювання».

Література

1. Балаболкин, И. И. Эффективность аллерген-специфической иммунотерапии при аллергических заболеваниях у детей [Текст] / И. И. Балаболкин // Рос. педиатр. журн. – 2001. – № 5. – С. 32–33.
2. Балаболкин, И. И. Сравнительная эффективность сублингвальной и парентеральной аллерген-специфической иммунотерапии детей с полинозами [Текст] / И. И. Балаболкин, Е. Д. Кувшинова, Л. Д. Ксензова, В. В. Ботвиньева // Педиатрия. – 2002. – № 3. – С. 69–71.

3. Вітик, Л. Д. Підвищення ефективності специфічної алерговакцинації хворих на поліноз шляхом корекції імунологічної реактивності [Текст] : дис. ... канд. мед. наук / Вітик Л. Д. – К., 2008. – 180 с.
4. Гаджимирзаев, Г. А. Влияние специфической иммунотерапии на функциональные показатели слизистой оболочки полости носа у больных с atopическим ринитом [Текст] / Г. А. Гаджимирзаев, А. А. Гамзатова, Р. Г. Гаджимирзаева // Росс. ринология. – 1996. – № 2–3. – С. 45–46.
5. Гаджимирзаева, Р. Г. Специфическая иммунотерапия при atopических риносинуситах [Текст] : дис. ... канд. мед. наук / Гаджимирзаева Р. Г. – Махачкала, 2000. – 99 с.
6. Геворкян, А. К. Аллергический ринит: диагностика и лечение по материалам образовательной программы для педиатров [Текст] / А. К. Геворкян, А. Ю. Томилова, Л. С. Намазова, В. В. Ботвиньева // Педиатр. фармакология. – 2008. – Т. 5, № 1. – С. 62–67.
7. Генералов, И. И. Изменение амидазной активности препаратов IgG у больных бронхиальной астмой до и после специфической иммунотерапии [Текст] / И. И. Генералов, Д. К. Новиков // Иммунопатология, аллергология, инфектология. – 1999. – № 1. – С. 57–60.
8. Гушин, И. С. Патифизиология аллергии [Текст] / И. С. Гушин // Росс. ринология. – 2004. – № 1. – С. 6–22.
9. Гушин, И. С. Аллерген-специфическая иммунотерапия (гипосенсибилизация) [Текст] / И. С. Гушин // Лечащий врач. – 2002. – № 3. – С. 11–15.
10. Довідник з алергології [Текст] / Наук.-метод. видання за ред. Б. М. Пухлика. – К. : ТОВ «Доктор-Медіа», 2011. – 394 с.
11. Дранник, Г. Н. Клиническая иммунология и алергология [Текст] / Г. Н. Дранник. – К. : ООО «Полиграф плюс», 2010. – 552 с.
12. Заболотний, Д. І. Специфічна імунотерапія алергенами – оптимальний метод лікування при atopічних алергічних захворюваннях [Текст] / Д. І. Заболотний, Б. М. Пухлик, Д. Д. Заболотна // Мистецтво лікування. – 2005. – № 7 (023). – С. 92–95.
13. Козаченко, Ю. В. Оценка результатов специфической иммунотерапии аллергенами больных atopической бронхиальной астмой [Текст] / Ю. В. Козаченко, Т. А. Червинская, Р. М. Хаитов // Иммунология. – 1993. – № 6. – С. 42–44.
14. Корицька, І. В. Побічні ефекти СІТ у хворих на респіраторні алергічні захворювання [Текст] / І. В. Корицька // Вісник Вінницького мед. ун-ту. – 2004. – С. 81–86.
15. Корицька, І. В. Современные методы лечения аллергического ринита и бронхиальной астмы [Текст] / И. В. Корицька // Ринология. – 2007. – № 1. – С. 25–27.
16. Курпьянов, С. Н. Иммунотерапевтические комплексы для пролонгированной орофарингеальной специфической гипосенсибилизации при поллинозе [Текст] / С. Н. Курпьянов, Е. С. Курпьянова // Метод. рекоменд. – Ашхабад, 1991. – 9 с.
17. Лапшин, В. Ф. Аллергенспецифическая иммунотерапия atopических заболеваний: прошлое, настоящее, будущее [Текст] / В. Ф. Лапшин, Т. Р. Уманец // Здоров'я України. – 2011. – № 3 (15). – С. 44–45.
18. Ласиця, О. І. Специфічна вакцинація алергенами у дітей [Текст] / О. І. Ласиця, С. М. Недельська // Методичні рекомендації для лікарів-інтернів, лікарів загальної практики та лікарів-алергологів. – К., 2002. – 44 с.
19. Лолор-младший, Г. Клиническая иммунология и алергология [Текст] / Г. Лолор-младший, Т. Фишер, Д. Адельман: пер. с англ. – М. : Практика, 2000. – С. 34–35.
20. Паттерсон, Р. Аллергические болезни: диагностика и лечение [Текст] / Р. Паттерсон, Л. К. Греммер, П. А. Гринберг: пер. с англ. / Под ред. А. Г. Чучалина. – М. : Медицина, 2000. – С. 733.
21. Победьонна, Г. П. Ефективність специфічної імунотерапії алергенами у хворих на бронхіальну астму [Текст] / Г. П. Победьонна // Астма та алергія. – 2005. – № 1. – С. 30–32.
22. Пухлик, Б. М. Современные технологии лечения аллергических заболеваний [Текст] / Б. М. Пухлик // Здоровье плюс. – 2003. – № 2. – С. 4–13.
23. Пухлик, Б. М. Конспект алерголога [Текст] / Б. М. Пухлик. – Вінниця : ТОВ «ІТІ», 2008 – 95 с.
24. Пухлик, Б. М. Аллергия и как ей противостоят [Текст] / Б. М. Пухлик. – Видавничий дім «Заславський», 2009. – 87 с.
25. Пухлик, Б. М. До сторіччя методу алерген-специфічної імунотерапії [Текст] / Б. М. Пухлик // Алергія дитини. – 2011. – № 9–10. – С. 2–3.
26. Пухлик, Б. М. Сравнительная эффективность парентерального и сублингвального методов алерген-специфической иммунотерапии круглогодичного алергического ринита в промышленном регионе [Текст] / Б. М. Пухлик, Л. П. Бибикина, И. В. Корицька, А. В. Ковпак // Астма та алергія. – 2003. – № 4. – С. 52–54.
27. Пухлик, Б. М. Спосіб лікування алергічних захворювань [Текст] // Патент України на корисну модель № 42333 від 25.06.2009.
28. Пухлик, С. М. Новые способы специфической иммунотерапии больных алергическим ринитом [Текст] / С. М. Пухлик, Б. М. Пухлик // Ринология. – 2002. – № 3. – С. 17–21.
29. Райкис, Б. Н. Перспективы разработки рекомбинантных алергенов [Текст] / Б. Н. Райкис, В. О. Пожарская, А. Х. Казиев // Алергология. – 2002. – № 2. – С. 43–49.
30. Специфічна імунотерапія алергічних захворювань [Текст] : метод. рекоменд. / Б. М. Пухлик, Є. М. Дитятковська, С. М. Пухлик. – Київ–Вінниця, 2008. – 43 с.
31. Abramson, M. Immunotherapy in asthma: an updated systematic review [Text] / M. Abramson, R. Puy, J. Weiner // Allergy. – 1999. – Vol. 54. – P. 1022–41.
32. Akdis, M. Mechanisms of allergen-specific immunotherapy [Text] / M. Akdis, C. Akdis // J. Allergy Clin. Immunol. – 2007. – Vol. 119, № 4. – P. 780–789.
33. Allam, J. P. Dendritic cells as potential targets for mucosal immunotherapy [Text] / J. P. Allam, T. Bieber, N. Novak // Curr. Opin. Allergy Clin. Immunol. – 2009. – Vol. 10. – P. 125–126.
34. Allergen immunotherapy: Therapeutic vaccines for allergic diseases [Text] / WHO position paper // Int. J. Immunorehabil. – Vol. 3. – P. 52–57.
35. Andre, C. Safety of sublingual-swallow immunotherapy in children and adults [Text] / C. Andre et al. // Int. Arch. Allergy Immunol. – 2000. – Vol. 121 (3). – P. 229–234.
36. Arena, C. Specific immunotherapy of allergic diseases a three year prospective observational study [Text] / Arena A., Barbatano E., Gammeri E., Bruno M. // Int. J. Immunopathology Pharmacology. – 2003. – Vol. 16 (3). – P. 277–282.
37. Canonica, W. G. Sub-lingual Immunotherapy [Text] / W. G. Canonica // WAO Journal. – 2009. – P. 233–281.
38. Cox, L. Allergen Immunotherapy: A practice parameter third update [Text] / L. Cox, H. Nelson, R. Lockey et al. // Allergy Clin. Immunol. – 2010. – Vol. 55.
39. Ejrnaes, A. M. Inhibition of rBet v 1-induced basophil histamine release with specific immunotherapy -induced serum immunoglobulin G: no evidence that FcγRIIB signalling is important [Text] / Ejrnaes A.M., Svenson M., Lund G., Larsen J.N., Jacobi H. // Clinical & Experimental Allergy. – 2006. – Vol. 36 (3). – P. 273–282.
40. Gardner, L. M. Induction of T 'regulatory' cells by standardized house dust mite immunotherapy: an increase in CD4+ CD25+ interleukin-10+ T cells expressing peripheral tissue trafficking markers [Text] / L. M. Gardner, F. C. Thien, J. A. Douglass // JM Clin. Exp. Allergy. – 2004. – Vol. 34 (8). – P. 1209–1219.
41. Nabe, T. Effect of oral immunotherapy on nasal blockage in experimental allergic rhinitis [Text] / Nabe T., Kubota K., Terada T., Takenaka H., Kohno S. // J. Pharmacol. Sci. – 2005. – Vol. 98 (4). – P. 380–387.
42. Incorvaia, C. New applications for sublingual immunotherapy in allergy [Text] / C. Incorvaia, M. Mauro, T. Cappelletti et al. // Recent. Pat. Inflamm. Allergy Drug. Discov. – 2009. – Vol. 3 (2). – P. 113–117.
43. O'Hehir, R. E. Sublingual allergen immunotherapy: immunological mechanisms and prospects for refined vaccine preparation [Text] / R. E. O'Hehir, A. Sandrini, G. P. Anderson et al. // Curr. Med. Chem. – 2007. – Vol. 14 (21). – P. 2235–2244.
44. 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 et al. // Allergy. – 2004. – Vol. 59 (8). – P. 883–887.

45. 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. – Vol. 82 (4). – P. 272–280.

46. Skripak, J. A Prospective, Randomized, Double-blind, Placebo-Controlled Multi-centre Study on the Efficacy and Safety of Sublingual Immunotherapy (SLIT) in Children With Seasonal Allergic Rhinoconjunctivitis to Grass Pollen [Text] / J. Skripak, R. A. Wood // Pediatrics. – 2006. – Vol. 118, Supp. 1. – P. 22.

47. Stacie, M. J. Pollen immunotherapy reduced the development of asthma in children with seasonal rhinoconjunctivitis (The pat-study) [Text] / M. J. Stacie // Pediatrics. – 2003. – Vol. 112, № 2. – P. 464–465.

48. Tabar, A. I. Double-blind comparative study of cluster and conventional immunotherapy schedules with Dermatophagoides pteronyssinus [Text] / A. I. Tabar et al. // J. Allergy Clin. Immunol. – 2005. – Vol. 116 (1). – P. 109–118.

49. Tseng, S. H. Changes in serum specific IgG4 and IgG4/IgE ratio in mite-sensitized Taiwanese children with allergic rhinitis receiving short-term sublingual-swallow immunotherapy: a multicenter, randomized, placebo-controlled trial [Text] / S. H. Tseng, L. S. Fu, B. R. Nong et al. // Asian Pac. J. Allergy Immunol. – 2008. – Vol. 26 (2–3). – P. 105–112.

50. Van Nierkirk, G. H. Efficacy of grass-maize pollen oral immunotherapy in patients with seasonal hay fever. A double-blind study [Text] / G. H. Van Nierkirk, J. I. De Wet // Clin. Allergy. – 1987. – Vol. 17. – P. 507–513.

51. 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 (8). – P. 1076–1082.

52. Wheeler, W. New routes and formulations for allergen-specific immunotherapy [Text] / W. Wheeler, K. S. Drachenberg // Allergy. – 1997. – Vol. 52. – P. 602–612.

ЕВРОПЕЙСКИЙ ВЫБОР В ЛЕЧЕНИИ АЛЛЕРГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ

Б. М. Пухлик, С. В. Зайков, И. В. Гогунская,
И. В. Корицкая, Е. М. Дитятковская, О. К. Яковенко,
Б. Я. Булеза, Л. П. Бибилова, А. В. Ковпак

Резюме. Декларация ЕААСІ (2011) призывает руководителей стран Европы пересмотреть отношение органов здравоохранения к лечению аллергических заболеваний (АЗ), отдав приоритет

применению аллерген-специфической иммунотерапии (СИТ) перед фармакотерапией, поскольку первая способна оборвать их развитие, существенно улучшив качество жизни больных, минимизировав соответствующий экономический ущерб. Авторы статьи приводят доказательные экспериментальные и клинические данные (выборочно – десятки и сотни больных и популяционного масштаба – тысячи больных со всей Украины), свидетельствующие о высокой клинической эффективности парентеральной и пероральной СИТ при лечении АЗ органов дыхания (АЗОД) – сезонного и круглогодичного аллергического ринита, бронхиальной астмы. Не только клиника, но и биохимические показатели (динамика провоспалительных интерлейкинов) свидетельствуют о позитивных изменениях в процессе проведения СИТ. Авторы подчеркивают, что все это возможно лишь при условии применения высокоспецифичных региональных аллергенов, что обеспечивает не только высокую эффективность лечения, но и минимальные побочные реакции, в особенности при пероральной СИТ.

Ключевые слова: бронхиальная астма, аллергический ринит, лечение, аллерген-специфическая иммунотерапия.

THE EUROPEAN CHOICE OF THE ALLERGIC RESPIRATORY DISEASES TREATMENT

B. Puhlyk, S. Zaykov, Y. Hohunskaya,
Y. Korytskaya, E. Dytyatkovskaya, O. Yakovenko,
B. Buleza, L. Bybykova, A. Kovpak

Summary. Declaration EAACI (2011), calls upon the leaders of the European countries to review health services attitude towards allergic diseases (AD) treatment and to give priorities to allergen-specific immunotherapy (SI) application instead of pharmacological therapy since the first one is able to break AD development off significantly improving the quality of patients' life and minimizing corresponding economical damage. The authors of the article lead to appropriate experimental and clinical results (thousands of patients from all over Ukraine) testifying to a high clinical effectiveness of parenteral and peroral SI at allergic diseases treatment (seasonal and all the year round allergic rhinitis, bronchial asthma). Not only clinical but also biochemical indicators (dynamics of inflammation interleukins) testify to positive changes in the process of SI realization. The authors underline this is possible only in terms of highly specific regional allergens insuring not only high effectiveness of treatment but also minimal side effect at SI in particular.

Key words: asthma, allergic rhinitis, treatment, allergen-specific immunotherapy.