

УДК 616.233-002-009.17

Каспрук Н.М.

Кафедра клінічної імунології, алергології та ендокринології

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці

СИНДРОМ ХРОНІЧНОЇ ВТОМИ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ОБСТРУКТИВНИЙ БРОНХІТ

У зв'язку з екологічним забрудненням довкілля в останні 10–15 років суттєво збільшилася поширеність серед мешканців України порушень функціонування імунної системи, що клінічно проявляється синдромом хронічної втоми (СХВ). Встановлено, що СХВ суттєво частіше зустрічається у хворих на хронічну патологію різного генезу, ніж у інших груп. Завданням дослідження було дослідити зміни імунореактивності в хворих на хронічний обструктивний бронхіт (ХОБ) із наявністю СХВ.

Предмет дослідження — 16 хворих на ХОБ із наявністю СХВ (перша група) та 15 хворих на СХВ без патології легень (друга група).

Методи дослідження — клінічні, загальнолабораторні (аналізи крові та сечі), імунологічні (кількість CD3, CD4, CD8, CD22-лімфоцитів, уміст ЦІК).

Результати дослідження та їх обговорення. Індивідуальний аналіз імуограм дозволив встановити наявність прямої кореляції між ступенем вираженості клітинної недостатності та виразністю клінічної симптоматики СХВ та ХОБ. При найбільш вираженій клінічній маніфестації ХОБ та СХВ у таких пацієнтів має місце більш значна Т-лімфопенія та зниження коефіцієнту CD4/CD8. Рівень ЦІК у сироватці крові був підвищений у першій групі — у 1,5 раза.

В обох групах обстежених хворих виявлено зміни з боку концентрації імуноглобулінів (Ig) сироватки крові основних класів. Індивідуальний аналіз показав, що рівень IgA в першій та другій групах змінювався різноспрямовано: так, у першій групі сумарно відмічалось збільшення концентрації IgA (в середньому у 1,4 раза відносно норми), тоді як у другій групі — зниження даного показника (в середньому у 1,6 раза відносно норми). IgM зменшувався у хворих 2-ї групи у 1,3 раза.

Отже, у хворих на ХОБ із наявністю СХВ відмічались більш значні зміни імунних показників, що корелювало з посиленням тяжкості клінічної картини загострення бронхіту.

Висновки

1. У хворих на хронічний обструктивний бронхіт клінічна картина синдрому хронічної втоми полягає в наявності загальної слабкості в період ремісії хронічного обструктивного бронхіту, нездужання, зниження фізичної та розумової працездатності, підвищеної стомлюваності та емоційної лабільності, дифузних міалгій, порушень сну. При об'єктивному обстеженні виявляється блідість шкіри, збільшення та чутливість

шийних лімфатичних вузлів. У 58,1 % випадків виявляється астеноневротичний, у 22,1 % — астеничний та в 16,3 % спостережень — астеновегетативний синдроми.

2. В обстежених хворих на хронічний обструктивний бронхіт із наявністю синдрому хронічної втоми виявляються чітко виражені порушення імунологічних показників, зокрема, помірна Т-лімфопенія, дисбаланс основних регуляторних субпопуляцій за рахунок більш значного зменшення числа Т-хелперів (CD4+), помірне зростання рівня ЦІК, зменшення концентрації IgM.

УДК 616-056.3 (477.85)

Каспрук Н.М., Кушнір Л.Д.

Кафедра клінічної імунології, алергології та ендокринології

Кафедра внутрішньої медицини

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці

МЕДИКАМЕНТОЗНА АЛЕРГІЯ У ХВОРИХ НА БРОНХІАЛЬНУ АСТМУ

Проблема виникнення побічних реакцій, зокрема алергічного походження, при застосуванні діагностичних і лікарських засобів стає все більш актуальною. Пояснюється це постійним розширенням номенклатури лікарських засобів та абсолютної їх кількості. Тим більше, що зараз людина в різний спосіб контактує з багатьма іншими хімічними речовинами — на виробництві, у побуті, вживає їх з їжею тощо. Часто це зумовлено генетичними особливостями обміну речовин хворого. У кожному випадку прийому лікарського препарату (ЛП) реакції організму є різноманітними, та далеко не завжди позитивний ефект переважає. Найбільш вірогідним підтвердженням цього є значна кількість різноманітних побічних реакцій на ЛП, що постійно реєструються у світі. За даними ВООЗ, медикаментозна алергія (МА) спостерігається в 10–15 % населення світу. У 20 % практично здорових осіб підвищена чутливість до ліків має прихований характер. В осіб, які лікуються амбулаторно, число ускладнень від терапії становить 2–3 %, а в стаціонарних хворих загальнотерапевтичного профілю — до 35 %. Побічні ефекти препаратів не завжди мають імунологічні механізми розвитку реакцій, тому Європейська асоціація алергології та клінічної імунології рекомендує називати їх медикаментозною гіперчутливістю, що становить близько 25 % серед усіх побічних ефектів медикаментозної терапії.

У роботі вивчена частота, етіологічна структура медикаментозної алергії в хворих на бронхіальну астму (БА).

Проаналізовано 60 випадків небажаних реакцій на лікарські препарати в пульмонологічному відділенні обласної клінічної лікарні з січня 2011 року по серпень 2013 року. За даними аналізу комплексу клі-

ніко-анамнестичних, фізикальних, лабораторних, специфічних алергологічних методів дослідження, небажані реакції на лікарські препарати у хворих на різні форми БА становили 24 %. Серед небажаних реакцій ті, що ми класифікували як медикаментозна алергія (реакції гіперчутливості), становили 24 %. За нашими спостереженнями, найчастіше справжні алергічні реакції виникали на антибіотики: пеніциліни — 12 %, цефалоспорины — 23 %, фторхінолони — 11 %. Структура клінічних проявів мала такий вигляд: шкірні прояви — 41 %, вісцеральні ураження — 17 %, респіраторні реакції — 18 %, зафіксовані гематологічні прояви — 5 %. Небажані реакції на нестероїдні протизапальні засоби спостерігались у 12 % хворих.

Переважаючу більшість небажаних реакцій на лікарські засоби можливо було передбачити та уникнути за умови більш ретельного обстеження хворих перед проведенням фармакотерапії, дотримання етапності у виявленні медикаментозної алергії. Антибактеріальна терапія повинна призначатись з урахуванням імунологічного та фармакологічного анамнезів, результатів бактеріологічного дослідження. Обов'язково необхідно пам'ятати, що найбільш безпечними щодо можливих алергічних реакцій є пероральні форми препаратів.

УДК 615.065:547.458.6+616.379-008.64-085-056.3

Каспрук Н.М.¹, Прилуцька О.В.², Юхимчук В.В.²

¹ Кафедра клінічної імунології, алергології та ендокринології

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці

² ОКУ «Чернівецька обласна клінічна лікарня», м. Чернівці

АЛЕРГІЧНІ ТА ПСЕВДОАЛЕРГІЧНІ РЕАКЦІЇ НА ІНСУЛІН

Проблема виникнення побічних реакцій, зокрема алергічних, при застосуванні лікувальних засобів є вельми актуальною. За даними літератури, вони зустрічаються у 10–25 % населення, у 3 % випадків є причиною для звернення до лікарів, у 5 % — причиною госпіталізації, у 3 % — приводом до інтенсивної терапії, у 12 % — є причиною більш тривалого перебування у стаціонарі, у 1 % закінчуються летально. Частіше за все алергічні реакції при цукровому діабеті (ЦД) пов'язані з прийомом аналогових препаратів інсуліну, а точніше — препаратів з деякими домішками, що в них містяться. Встановлено, що алергію в хворих на цукровий діабет часто викликають безпосередньо молекули препаратів тваринного походження, що використовуються для уповільнення дії інсуліну (цинк). Основна причина алергій — високий ступінь антигенності білкових домішок свинячого інсуліну та інсуліну великої рогатої худоби. Людський та синтетичний інсуліни мають набагато меншу антигенну активність, тому є менш алергенними.

Метою дослідження був аналіз випадків алергічних реакцій на інсулін у хворих на цукровий діабет та оцінка їх клінічних варіантів.

Матеріал і методи дослідження. Нами було проаналізовано 30 випадків реакцій на інсуліни в хворих на ЦД, що були класифіковані як справжні алергічні. 75 пацієнтів із епізодами алергічних реакцій обстежувались протягом 2011–2013 років на базі обласної клінічної лікарні м. Чернівці. Псевдоалергічні реакції (в яких відсутня імунологічна стадія розвитку) ми спостерігали в 60 % всіх обстежених хворих. Розвиток справжніх алергічних реакцій є більш характерним для осіб молодого віку (58 %) та жінок (71 %). У 65 % випадків реакції з'являлись у перший місяць лікування інсуліном або зміни препарату. При виникненні системної реакції в місці введення препарату зазвичай спостерігаються ознаки алергічного запалення.

Характерним проявом початкової алергії при ЦД є місцева реакція: формується папула або інфільтрат різного ступеня вираженості. Спостерігалось декілька варіантів механізмів, за якими розвивається таке явище:

1. Реакція негайного типу спостерігалась у 10 % хворих на ЦД. Можливий місцевий прояв реакції, а також загальний (запаморочення, гіпотензія, нудота).
2. Феномен Артюса (7 % хворих). Спостерігається інфільтрат, свербіж, болючість, підвищення температури в місці ін'єкції.

3. Гіперчутливість сповільненого типу (70 %). Реакція виникає через 24–48 годин і більше після введення препарату. Більш характерним було виникнення різних видів алергодерматозів (контактний дерматит, кропив'янка тощо).

При тривалому вживанні тваринного інсуліну типовими є скарги на болі в суглобах та м'язах (7 хворих). Крайній прояв алергії — анафілактичний шок — ми не спостерігали, хоча такий вихід також можливий.

Клінічно спостерігали такі варіанти алергічних проявів: 1) місцева алергічна реакція з запальними змінами в місці ін'єкції — 16 % хворих; 2) системна реакція (набряк Квінке, бронхоспазм, спастичні болі в череві, підвищення температури) — у 78 % пацієнтів; 3) поєднання типів — у 10 % хворих на ЦД.

Отже, як і загальна тенденція до збільшення частоти алергій, спостерігається зростання частоти випадків алергічних реакцій на інсулін. Якщо виникає алергічна реакція на лікарський препарат, його необхідно відмінити. Якщо життєво необхідну замісну терапію інсуліном не можливо припинити, перше, що потрібно зробити, — перевести хворого на препарат з найменшою імуногенною (алергенною) дією. Зазвичай це людський інсулін простої дії з нейтральним рН. У деяких випадках цього виявляється достатньо. Інколи змінюється торгова марка лікарського засобу. Паралельно призначаються антигістамінні препарати. Якщо із заміною препарату виникають складності, рекомендується вводити інсуліни разом із мікродозами гідрокортизону. При значних проявах алергії та варіантах полівалентної сенсibilізації у хворих на цукровий діабет необхідний нагляд алерголога та вирішення питання щодо проведення гіпосенсibilізації.