

ных ИФА-наборов для определения общего IgE («IgE-ИФА») и аллергенспецифических IgE- и IgG-антител («IgE-АТ-ИФА», «IgG-АТ-ИФА») к широкому спектру пищевых аллергенов – более 200 видов производства ООО НПО «Иммунотэкс» (Ставрополь, Россия).

Результаты и обсуждение. Практически у всех больных была выявлена сенсibilизация к тем или иным аллергенам пищевого спектра. При этом чаще всего определялась сенсibilизация к следующим продуктам: коровье молоко, белок и желток куриного яйца, мясо говядины, пшеничная мука. Сочетанное повышение уровней IgE- и IgG-антител было выявлено у больных ПА в 63 % случаев. Диагностически значимое изолированное повышение содержания IgE-антител было установлено у 12 % пациентов. Значительное повышение уровня IgG-антител, что свидетельствовало о высокой степени сенсibilизации, определялось в 25 % случаев. При этом лабораторные данные четко совпадали с результатами клинического обследования больных. Важно подчеркнуть, что при отсутствии оценки титра IgG-антител у четверти больных не удалось бы выявить значимый пищевой аллерген.

Полученные данные подтверждают тот факт, что пищевая аллергия может развиваться по всем типам аллергических реакций: IgE-зависимому (анафилактическому) типу, IgG-опосредованным формам ПА, а также по смешанному варианту ответа.

Диагностика ПА затруднена в связи с отсутствием единых методических подходов, унифицированных методов диагностики, позволяющих выявить все многообразие механизмов развития аллергии. Принципы диагностики ПА те же, что и для всех остальных аллергических заболеваний, и основываются на последовательности действий, включающей аллергологический анамнез, кожные аллергические пробы, провокационные и элиминационные тесты, клинико-лабораторные методы *in vitro* [1, 2, 4].

Можно достоверно назвать ряд неоспоримых преимуществ ИФА-тестирования по сравнению с кожными тестами: ИФА выявляет только строго аллерген-специфические IgE- и IgG-антитела; ИФА позволяет определить специфические антитела в таких низких концентрациях, которые лежат за порогом обнаружения их биологическими методами *in vivo*; ИФА позволяет выявить специфические причинно-значимые пищевые аллергены широкого спектра у детей раннего возраста без риска осложнений, связанных с проведением кожного тестирования; метод ИФА стабилен, стандартизован, обладает высокой специфичностью и чувствительностью.

Заключение. Исследование подтвердило мнение [2] о целесообразности определения для диагностики ПА содержания не только специфических IgE-, но и специфических IgG-антител. Это повышает надежность диагностики. Возможно, следует иначе взглянуть и на последовательность проведения диагностических мероприятий, выполняя первоначально выявление значимых аллергенов тестами *in vitro*, а затем, при необходимости, проводить кожные аллергические пробы.

Литература

1. Лусс, Л. В. Пищевая аллергия: проблемы диагностики и терапии / Л. В. Лусс // Лечащий врач. – 2003. – № 3. – С. 12–20.
2. Гушин, И. С. Аллергия: обновление представлений / И. С. Гушин // Труды XVII Российского национального конгресса «Человек и лекарство». – М., 2011. – С. 115–139.
3. Ревякина, В. А. Пищевая аллергия у детей. Современные аспекты / В. А. Ревякина // Российский аллергологический журнал. – 2004. – № 2. – С. 56–60.
4. Хаитов, М. Р. Перекрестные аллергические реакции. Аспекты перекрестной реактивности, диагностики и лечения пищевой аллергии / М. Р. Хаитов // Российский аллергологический журнал. – 2004. – № 2. – С. 78–81.

СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ДИАГНОСТИКИ ПИЩЕВОЙ АЛЛЕРГИИ *IN VITRO*

В. А. БАТУРИН, Е. В. КОЛОДИЙЧУК,
В. П. ТЕЛБУХ, Т. Е. МАЛАШЕНКОВА,
Е. В. АЛИЕВА, О. В. МАЛЕЦКАЯ

Ключевые слова: диагностика пищевой аллергии, специфические IgE, специфические IgG

CURRENT ASPECTS OF FOOD ALLERGY DIAGNOSTICS *IN VITRO*

BATURIN V. A., KOLODIYCHUK E. V.,
TELBUKH V. P., MALASHENKOVA T. E.,
ALIEVA E. V., MALETSCAYA O. V.

Key words: food allergy diagnostics, specific IgE, specific IgG

© Кесова Е. Н., Овсиенко А. Б., 2012

УДК 618.145-007.415:615.838

ОЗОНОТЕРАПИЯ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ТРОМБОФИЛИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЙ ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ

Е. Н. Кесова², А. Б. Овсиенко¹

¹ Пятигорский государственный НИИ курортологии

² Родильный дом, Ессентуки

Кесова Ева Николаевна, врач-акушер-гинеколог
МУЗ «Ессентукский родильный дом»,
тел. 89620155354.

Овсиенко Анна Борисовна, доктор медицинских наук,
профессор, заведующая гинекологическим отделением
клиники Пятигорского государственного НИИ курортологии,
тел. 89054601882, e-mail: an.ovs@yandex.ru.

Известно, что около 80 % всех ранее необъяснимых случаев повторных потерь беременности после исключения генетических, гормональных, анатомических причин связано с иммунными нарушениями. Эти нарушения имеют и генетические корни [1, 4]. Наиболее значимыми факторами риска венозных тромбозов является дефицит

компонентов системы противосвертывания – анти-тромбина, протеинов С и S, лейденская мутация, мутация гена протромбина G 20210A, мутация MTHFR. Для постановки диагноза антифосфолипидного синдрома (АФС) необходимо выявление антител к фосфолипидсвязывающим белкам – в первую очередь к бета-2-гликопротеину 1 [2,4].

Течение АФС и других ассоциативных тромбофилических состояний (ТФС) непредсказуемо, а универсальные схемы ведения больных отсутствуют. Спектр клинических проявлений требует проведения широкого дифференцированного поиска, внедрения новых лабораторных методов обследования.

Тромбофилии могут быть управляемы посредством применения небольших доз ацетилсалициловой кислоты и антикоагулянтов непрямого действия, нефракционированного или низкомолекулярного гепарина, фолиевой кислоты, введения иммуноглобулинов.

Однако комплексная терапия не всегда приводит к желаемому результату из-за возможного развития непереносимости лекарственных средств, недостаточной эффективности используемых доз вследствие возникновения побочных эффектов, кроме того, существует категория больных, резистентных к лекарственной терапии [5]. В связи с этим вырос интерес к лечебному применению озона [1], обладающего иммуномодулирующим, бактерицидным, вирусолитическим, фунгицидным, цитотоксическим эффектами, способностью коррегировать антиоксидантную защиту и осуществлять сосудорасширяющий эффект [3].

Цель исследования: изучение возможности применения озонотерапии во время беременности для коррекции гемостаза.

Материал и методы. Наблюдались две группы беременных с тромбофилическим синдромом. Каждые 4 недели проводилось исследование коагулограммы и функциональной активности тромбоцитов. В 1-й группе коррекция системы гемостаза проводилась прямыми антикоагулянтами (клексан в дозах 0,4–0,8 млг или фраксипарин 0,3–0,6 млг в сутки) от 10 до 20–30 дней; в качестве антиагрегантов применялись курантил, трентал, дипиридамолом прерывистыми курсами, в различном сочетании. 2-я группа получала дополнительно озонотерапию (в/в введение озонированного физиологического раствора с концентрацией озона 4 мг/л, 5–7 процедур в конце I, во II и III триместрах). Длительность терапии коррегировалась показателями системы гемостаза.

Результаты. Проводимая при строгом лабораторном контроле коррекция нарушений в системе гемостаза с применением антиагрегантов и антикоагулянтов, озонотерапии позволила всем женщинам пренатировать беременность до нормального срока родов. Отмечено уменьшение медикаментозной нагрузки во время беременности, период стабильного гемостаза более длителен при применении озонотерапии. Данный аспект значим для беременных с тромбоцитопениями и тромбоцитопатиями, особенно при непереносимости лекарственных средств.

В обеих группах при оценке состояния системы гемостаза были выявлены гиперкоагуляционные изменения. Уровень D-димера исходно был повышен

до $2,25 \pm 0,25$ нг/мл, после лечения в обеих группах нормализовалось активированное частичное тромбопластиновое время (АЧТВ), укороченное до $21 \pm 0,89$ с или находящееся на нижней границе нормы ($24,5 \pm 0,5$ с), после лечения удлинялось в обеих группах. Содержание фибриногена исходно было повышено (более $5,5 \pm 0,5$ г/л), после лечения уровень фибриногена нормализовался. Количество тромбоцитов до лечения было несколько повышенным или сниженным при тромбоцитопениях, тромбоцитопатиях (у 32 % больных). После лечения данный показатель нормализовался. Исходно укороченное протромбиновое время после лечения несколько повышалось. Количество РФМК, повышенное до $11 \pm 0,5$ мг/100 мл, после лечения значительно уменьшалось. Сниженный до 70–80 % уровень антитромбина-III, протеина С после лечения повышался до нормальных значений.

Необходимо отметить, что, несмотря на равнозначность положительных изменений показателей, беременным, получавшим озонотерапию, значительно реже и в меньшей дозировке назначались медикаментозные препараты, отмечена более длительная стабилизация гемостатического потенциала.

Закключение. Для проведения патогенетической профилактики эндотелиальных повреждений и плацентарных расстройств у беременных с тромбофилическими нарушениями наиболее эффективно введение низкомолекулярных гепаринов в сочетании с низкими дозами озонотерапии.

Использование озонотерапии благоприятно влияет на клиническое течение беременности, способствуя мягкой коррекции системы гемостаза, снижает риск развития гестозов, преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты, фетоплацентарной недостаточности и синдрома потери плода, сокращает использование лекарственных средств, улучшает перинатальную адаптацию новорожденных.

Литература

1. Алехина, С. П. Озонотерапия: клинические и экспериментальные аспекты / С. П. Алехина, Т. Г. Щербатюк. – Саров, Н. Новгородская область, 2004. – 244 с.
2. Баймурадова, С. М. АФС и генетические формы тромбофилии у беременных с гестозами / С. М. Баймурадова, В. О. Бицадзе, Т. Е. Матвеева [и др.] // Матер. IV Российского форума «Мать и дитя». – М., 2002. – С. 166–167.
3. Змызгова, А. В. Клинические аспекты озонотерапии / А. В. Змызгова, В. А. Максимов. – М., 2003. – 287 с.
4. Кацадзе, Ю. Л. Динамическое наблюдение, коррекция нарушений в системе гемостаза беременных с отягощенным акушерским анамнезом с выявленными генетическими маркерами тромбофилии / Ю. Л. Кацадзе, Т. М. Корзо, Г. Ф. Сумская [и др.] // Матер. Всероссийской конф. с междунар. участием «Тромбозы, кровоточивость, ДВС-синдром: современные подходы к диагностике и лечению». – М., 2009. – С. 46–47.
5. Макацария, А. Д. Профилактика повторных осложнений беременности в условиях тромбофилии / А. Д. Макацария, В. О. Бицадзе. – М.: Триада-Х, 2008. – 152 с.

ОЗОНОТЕРАПИЯ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ТРОМБОФИЛИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЙ ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ

Е. Н. КЕСОВА, А. Б. ОВСИЕНКО

Ключевые слова: тромбофилия, беременность, прямые антикоагулянты, озонотерапия, гемостаз

OZONOTHERAPY IN COMPLEX TREATMENT OF THROMBOPHILIA IN PREGNANCY

KESOVA E. N., OVSIYENKO A. B.

Key words: thrombophilia, pregnancy, direct anticoagulants, ozonotherapy, hemostasis