

на базі пульмонологічного відділення ОДКЛ м. Чернівці обстежено 64 дитини шкільного віку, хворих на БА. На підставі результатів виявлення ознак atopії сформовано дві клінічні групи спостереження. Першу клінічну групу (I) сформували 38 дітей з atopічним фенотипом БА, другу (II) клінічну групу — 26 пацієнтів із неatopічним фенотипом БА. За віком, статтю, місцем проживання, тютюнопалінням батьків, ступенем тяжкості, тривалістю захворювання, частотою загострення хвороби перед надходженням, тривалістю перебування в стаціонарі групи порівняння суттєво не відрізнялися.

Результати дослідження та їх обговорення. Залежності між процесом формування фенотипу БА та характером вигодовування на першому році життя, ступенем вгодованості пацієнтів за індексом маси тіла в обох групах спостереження виявлено не було. Водночас народження дітей із середньою вагою понад 3500 г як одного з можливих чинників ризику розвитку БА вдвічі частіше відмічалось в когорті пацієнтів I клінічної групи щодо II клінічної групи ($(43,25 \pm 8,0) \%$ проти $(19,1 \pm 7,7) \%$, $P < 0,05$).

Оцінка дебюту захворювання в групах спостереження показала, що для дітей з atopічним фенотипом хвороби був більш притаманний ранній початок БА (до 3 років включно) ($(42,1 \pm 8,0) \%$) порівняно з II групою спостереження ($(26,9 \pm 8,6) \%$, $P < 0,05$). Проведений аналіз соціального статусу дітей за працевлаштуванням батьків не виявив суттєвих відмінностей у групах порівняння, але вказівки на те, що в сім'ї не працює мати, втричі частіше зустрічалися в I клінічній групі ($(21,73 \pm 6,60) \%$ проти $(7,13 \pm 5,00) \%$, $P < 0,05$).

Всупереч літературним даним щодо як ініціювальної, так і протекторної дії інфекційних захворювань раннього дитячого віку на формування БА нами не було виявлено вірогідних відмінностей у групах порівняння за показниками інфекційної захворюваності. Не було відмічено також вірогідної різниці щодо впливу сезонності на характер формування фенотипу БА. Практично з однаковою частотою у пацієнтів обох клінічних груп порівняння відмічалися ознаки алергічних реакцій на харчові, побутові та поєднані харчові та побутові алергени. Проте вказівки на медикаментозну алергію або поєднану медикаментозну алергію з харчовою та побутовими алергенами відмічено тільки в пацієнтів з atopічним фенотипом БА (у $16,6 \%$ випадків; $P < 0,01$). Для хворих із atopічним фенотипом БА характерним було переважання тригерної провокації загострення проведенням профілактичних щеплень, а також комбінованими чинниками, що включали ГРВІ, фізичні та метеорологічні фактори, частка яких становила відповідно 20% ($P < 0,01$) проти жодної дитини II групи спостереження.

Аналізуючи ступінь контролю БА за наявністю частоти денних та нічних симптомів загострення, слід відзначити, що в пацієнтів із atopічним фенотипом не реєструвалися денні симптоми загострення порівняно з дітьми з неatopічним фенотипом, частка

яких становила $16,6 \%$ ($P < 0,05$). У той же час нічні симптоми захворювання з частотою ≥ 1 раз на місяць, але менше 1 разу на 2 тижні, переважали в I клінічній групі ($37,0 \%$ проти $17,6 \%$; $P < 0,05$). Для пацієнтів II клінічної групи захворювання була характерна частота нічних симптомів загострень 1–3 ночі/тиждень, яка констатована у $35,3 \%$ випадків проти $14,8 \%$ ($P < 0,05$) у I групі спостереження, що потребувало використання β_2 -агоністів за потребою більше 1 дози на день у $11,8 \%$ випадків ($P < 0,05$) проти жодного випадку в I групі порівняння.

Проведене дослідження показало, що оцінка тяжкості бронхообструкції в нападному періоді БА впродовж 7 днів лікування в стаціонарі в групах порівняння суттєво не відрізнялася. Однак у пацієнтів із неatopічним фенотипом БА відмічено тенденцію до більш вираженого БОС у перші дні нападного періоду із повільними темпами зменшення тяжкості обструкції в процесі лікування. За такими клінічними ознаками, як вираженість інтоксикації, характер температурної кривої, тиснення в грудях, характер кашлю, наявність задишки та свистячих хрипів на видиху, ступінь вираженості катаральних явищ, групи порівняння суттєво не відрізнялися.

Висновки. Дітям з atopічним варіантом бронхіальної астми притаманні такі фенотипові особливості: підвищена маса тіла при народженні, ранній початок бронхіальної астми, переважання тригерної провокації загострення вживанням медикаментів, профілактичними щепленнями, поєднаної медикаментозної алергії з харчовими та побутовими алергенами, а також комбінованими чинниками, що включали ГРВІ, фізичні та метеорологічні фактори; нічні симптоми захворювання з частотою ≥ 1 раз на місяць, але менше 1 разу на 2-й тиждень. У той же час для пацієнтів із неatopічним варіантом бронхіальної астми були характерні: пізній початок бронхіальної астми, частота нічних симптомів загострення 1–3 ночі/тиждень та використання β_2 -агоністів за потребою більше 1 дози на день, переважання до більш вираженого бронхообструктивного синдрому в перші дні госпіталізації з повільними темпами зменшення тяжкості обструкції в процесі лікування.

УДК 57.083.1:57.083.3:616.21

Коляда Т.І., Тупотілов О.В., Вдовіченко Н.І., Атіков В.Є.
ДУ «Інститут мікробіології та імунології
ім. І.І. Мечникова НАМН України», м. Харків

ЗАСТОСУВАННЯ ІМУНОМОДУЛЯТОРІВ У ЛІКУВАННІ ХРОНІЧНОГО ГІПЕРТРОФІЧНОГО ФАРИНГІТУ

Актуальність проблеми пов'язана із значною поширеністю хронічного гіпертрофічного фарингіту, високою вірогідністю рецидивів захворювання та розвитку ускладнень. За даними літератури, хронічний фарингіт зустрічається в $4,7 \%$ усіх лор-хворих та

виявляється в 14 % школярів. Порівняно з попередніми роками спостерігається значне зростання захворюваності на хронічний фарингіт, що може свідчити про недостатню ефективність лікування. Таким чином, існує необхідність у застосуванні адекватної імунотерапії, заснованої на сучасних даних щодо особливостей імунного статусу при хронічних запальних процесах.

Метою дослідження було підвищення ефективності лікування хронічного гіпертрофічного фарингіту шляхом застосування імуномодуючих препаратів місцевої та системної дії.

Об'єкт дослідження — хворі на хронічний гіпертрофічний фарингіт у стадії загострення. Пацієнти були розділені на 3 групи: клінічно здорові (17 осіб), група, що отримувала стандартну терапію (15 осіб), та група (20 осіб), що додатково до стандартної терапії отримувала імуномодуючі препарати. Хворим з останньої групи призначали сумісно мукозальну вакцину ІРС-19 упродовж одного тижня та імуномодулятор Дерінат упродовж місяця.

Імунологічні параметри відстежувались при надходженні до стаціонару, а також на 14, 45 та 90-ту добу.

Концентрації сироваткових імуноглобулінів IgM, IgA, IgG визначали методом радіальної імунодифузії за Mancini із монорецепторними сироватками («МЕДТА-МАЛ», Росія). Концентрацію IgE й ІФН- γ в сироватці крові та секреторного імуноглобуліну sIgA в ротоглотковому секреті оцінювали імуноферментним методом з використанням тест-системи «ІФА-Бест-Стріп» («Вектор-Бест», Росія).

Результати дослідження та їх обговорення. В результаті обстеження було встановлено, що на момент надходження в стаціонар у хворих на хронічний гіпертрофічний фарингіт рівень ІФН- γ у 2,3 раза перевищує показник контрольної групи ($(20,8 \pm 4,5)$ пг/мл проти $(9,20 \pm 2,08)$ пг/мл у контролі). При застосуванні стандартного лікування його показники поступово зменшувалися й на 90-ту добу його рівень становив $(11,10 \pm 2,12)$ пг/мл.

На тлі застосування імуномодуляторів на 45-ту добу рівень ІФН- γ зріс до $(28,10 \pm 2,78)$ пг/мл, а на 90-ту добу знизився до позначки $(18,90 \pm 2,78)$ пг/мл, залишаючись підвищеним у 2,1 раза порівняно з контрольною групою.

Що стосується sIgA, то до початку лікування його рівень у хворих на хронічний гіпертрофічний фарингіт в 1,8 раза перевищував показник здорових осіб ($(394,18 \pm 43,16)$ пг/мл проти $(214,60 \pm 19,25)$ пг/мл у контролі). При стандартному лікуванні на 14-ту добу його рівень різко знижувався (більше ніж у 3 рази), залишаючись надалі нижче за показник контрольної групи в 1,9 раза. При застосуванні імуномодуючої терапії спостерігалася нормалізація рівнів sIgA на 90-ту добу до рівня $(243,6 \pm 25,2)$ пг/мл.

При подальшому спостереженні протягом року частота рецидивів захворювання в групі, що одержувала лише стандартне лікування, становила 52 %, а в групі поєднаної імуномодуляції — 33 %.

Висновок. Отримані дані вказують на підвищення ефективності лікування хронічного гіпертрофічного фарингіту при поєднаному застосуванні препаратів ІРС-19 та Дерінат.

УДК 616.216-002.2-053.2-092

Левицька С.А., Сидорчук І.Й., Сидорчук Л.П.
Кафедра дитячої хірургії та отоларингології
Кафедра клінічної імунології, алергології
та ендокринології
Кафедра сімейної медицини
Буковинський державний медичний університет,
м. Чернівці

ПРОГНОСТИЧНЕ ЗНАЧЕННЯ ІМУННОЇ ДИСФУНКЦІЇ У РОЗВИТКУ ХРОНІЧНИХ СИНУЇТІВ У ДІТЕЙ

Оскільки імунна система є критичною мішенню негативної дії будь-яких зовнішніх і внутрішніх патогенних чинників, можливими прогностичними критеріями розвитку й прогнозу хронічних синуситів у дітей можуть бути клінічно виявлені зміни показників загальної імунореактивності.

Метою дослідження було визначення прогностичного значення імунних порушень у розвитку хронічних синуситів у дітей.

Матеріал і методи дослідження. Визначення показників клітинної та гуморальної ланок системи імунітету проведено в 126 дітей, спостереження за якими тривало 3 роки після дебюту гнійного синуситу. Формування хронічного вогнища запалення в навколоносових пазухах діагностовано у 53 із них.

Результати дослідження та їх обговорення. За результатами досліджень у групі дітей, хворих на хронічний синусит, виявлена недостатність клітинної імунної відповіді, про що свідчило зниження загального пулу TCD3+ лімфоцитів, кількості регуляторних субпопуляцій TCD3+ клітин із переважним дефіцитом TCD4+, зменшення імунорегуляторного індексу.

Гуморальна імунна відповідь у дітей у групі, де було зафіксовано формування хронічного запалення в навколоносових пазухах, характеризувалася зростанням загального пулу В-лімфоцитів, але значним зниженням їх секреторної активності щодо основних класів імуноглобулінів, зниженням концентрації IgM, IgA в периферичній венозній крові та зростанням кількості циркулюючих імунних комплексів.

Найбільший ризик формування хронічного вогнища запалення в навколоносових пазухах мали діти зі зменшенням концентрації сироваткового імуноглобуліну А ($\text{IOR} = 17,31$) та зменшенням рівня TCD3+ лімфоцитів ($\text{IOR} = 9,61$).

Висновки. Отримані дані свідчать про наявність імунної дисфункції у дітей, хворих на хронічний синусит. В основі порушень системи імунітету може бути уроджений чи набутий дефект захисту організму від проникнення інфекції та розвитку хронічного запального процесу.