

– оценка безопасности и эффективности данного метода терапии.

Исследован цитокиновый статус у 40 детей с аллергическими заболеваниями в возрасте от 3 до 7 лет. Контрольную группу составили 15 здоровых детей. Диагноз заболевания ставился на основании данных анамнеза, клинических проявлений, результатов аллергологического, функционального и иммунологического обследования. Содержание IL-4, IL-8, IFN- γ определялось методом трехфазного иммуноферментного ана-

лиза с помощью наборов Quantikine \hat{a} фирмы R&D Systems (США). Содержание IL-5, IL-10 определялось методом трехфазного иммуноферментного анализа с помощью наборов CytElisa фирмы CYTIMMUNE (США). Содержание IL-12, IL-13 определялось методом трехфазного иммуноферментного анализа с помощью наборов фирмы BIOSOURCE (США, Бельгия).

Анализ полученных данных сопоставляли с нормами обследованных здоровых детей. Данные отражены в таблице

Показатели цитокинового профиля у детей до и после лечения

Показатели	Сублингвальная АСИТ смесью пыльцевых аллергенов		<i>p</i>
	До лечения	После лечения	
IL-4, пг/мл	57,53 \pm 11,17	38,29 \pm 3,84	<i>p</i> < 0,05
IL-5, пг/мл	74,20 \pm 14,10	45,21 \pm 6,3	<i>p</i> < 0,05
IL-8, пг/мл	40,53 \pm 7,16	15,18 \pm 3,82	<i>p</i> < 0,05
IL-10, пг/мл	8,74 \pm 2,03	18,33 \pm 1,29	<i>p</i> < 0,05
INF- γ , пг/мл	7,17 \pm 0,86	8,52 \pm 0,58	<i>p</i> > 0,05

Примечание. *p* < 0,05 по сравнению с исходными данными в каждой группе.

Сублингвальная аллерген-специфическая терапия проводилась стандартизированными экстрактами аллергенов «Севафарма» Чешская республика. Лечение проводилось период ремиссии заболевания. Концентрация аллергена составляла 1; 10; 100; 1000; 10000 PNU/мл.

Сублингвальная АСИТ проводилась 40 детям в возрасте от 3 до 7 лет, стаж аллергопатологии колебался от 1 года до 3 лет. Больные были разделены на 2 группы: в первую группу вошли 20 детей с диагнозом бронхиальная астма, атопическая форма, легкое или средней тяжести течение заболевания. Исследования подтвердили наличие выраженной сенсibilизации к аллергенам дерматофагоидных клещей, что послужило основанием для проведения АСИТ смесью аллергенов дерматофагоидных клещей, состоящих из *Dermatophagoides pteronyssinus* и *Dermatophagoides farinae* в соотношении 1:1. Во вторую группу вошло 20 детей с диагнозом сезонный аллергический ринит с сенсibilизацией к пыльце сорных трав, подтвержденное данными анамнеза, результатами кожного тестирования и наличием специфических IgE. Лечебными аллергенами в этой группе являлась «Осенняя смесь», в состав которой входили полынь и золотарник канадский.

Эффективность сублингвальной АСИТ оценивалась по содержанию цитокинов в сыворотке крови у детей по окончании курса терапии. Изначально повышенные уровни IL-4 и IL-5 у детей обеих групп на фоне проводимой терапии уменьшилось.

Таким образом, полученные данные в содержании цитокинов у детей, получивших сублингвальную аллерген-специфическую терапию

были статистически значимыми, сходными при различных видах сенсibilизации и коррелировали выраженность клинических проявлений.

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ТЕРАПИИ АЛЛЕРГИЧЕСКОГО РИНИТА У ДЕТЕЙ

Касохов Т.Б., Павловская Л.В., Цораева З.А., Касохова В.В.

ГОУ ВПО СОГМА Минздрава России РФ;
УРАН ИБМИ ВНИЦ РАН и РСО-Алания,
e-mail: kasohov@mail.ru

Высокая распространенность аллергического ринита (АР), как в структуре аллергопатологии у детей, так и в общей популяции населения обуславливают актуальность этой медико-социальной проблемы. Многочисленные и тесные взаимовлияния АР и бронхиальной астмы сводятся к концепции «единая дыхательная система – единое заболевание». Поздняя диагностика АР, несвоевременное и неадекватное лечение могут служить причиной развития тяжелых форм заболевания и способствовать формированию бронхиальной астмы, что сопровождается значительным снижением качества жизни больных детей

АР – это интермиттирующее или постоянное воспаление слизистой оболочки носа, вызываемое причинно-значимыми аллергенами. Основными клиническими проявлениями являются: чихание, заложенность носа, ринорея, зуд и отек слизистой, затруднение носового дыхания. В зависимости от особенностей клинических проявлений, времени развития и частоты обострения различают сезонный аллергический ринит (САР) и круглогодичный аллергиче-

ский ринит (КАР). Симптомы САР появляются в одно и тоже время, обычно в период цветения растений или вегетации спор плесневых грибов, к которым сенсibilизирован больной. КАР связан с сенсibilизацией к аллергенам домашней пыли, шерсти домашних животных, предметам домашнего обихода (подушки, одеяла, мягкая мебель, ковры и т.п.). Его клиническая симптоматика сохраняется весь год. Встречаются и смешанные формы АР с поливалентной сенсibilизацией. В международной программе по АР он подразделяется на интермиттирующий (длится не более 4 дней при САР и не более 4 недель при КАР) и персистирующий (обострения длятся более 4 дней при САР и более 4 недель при КАР). Кроме того, по тяжести течения выделяют легкий, средней тяжести и тяжелый АР. Современная фармакология предлагает широкий спектр препаратов для решения данной проблемы, но достигнуть желаемого эффекта достаточно проблематично.

Материал и методы исследования. Под наблюдением находилось 74 ребенка, страдающих АР. Возраст детей колебался от 3 до 15 лет. САР диагностирован у 42 детей, КАР – у 32 больных. У подавляющего числа больных (73%) заболевание началось в возрасте до 6 лет. В раннем возрасте мальчики и девочки болели практически одинаково, но в школьном и подростковом периодах уже заметно превалирование мальчиков. Пик заболевания приходился на возраст 10–12 лет. Диагноз был обоснован на основании жалоб, данных анамнеза клинических проявлений, и подтвержден параклиническими исследованиями, включавшими исследование общего анализа крови, определение уровня общего Ig E и выявление спектра аллергенов. Немаловажное значение придавалось заключению врача-оториноларинголога.

Результаты и их обсуждение. Собранный аллергологический анамнез выявил значительную отягощенность наследственности такими заболеваниями, как поллиноз (чаще амброзийной этиологии), бронхиальная астма, дерматиты. Неблагоприятное течение беременности отмечалось у 42% матерей обследованных детей. Во время беременности эти женщины получали ряд медикаментозных препаратов (витамины-минеральные комплексы, препараты железа). У 17 женщин во время беременности отмечались аллергические знаки в виде заложенности носа и кожного зуда. Практически 2/3 детей находились на раннем искусственном вскармливании. У 67% детей личный аллергоанамнез был отягощен: на 1-м году жизни имелись проявления аллергического диатеза, они страдали пищевой или лекарственной аллергией.

Основными симптомами ринита являлись: чихание, зуд слизистой носа, заложенность носа, снижение обоняния. Тяжесть заболевания определялась при помощи балльной оцен-

ки выраженности основных симптомов: 0 баллов – симптомы определяются, но не приносят беспокойства, 1 балл – симптомы четкие, приносят минимальное беспокойство, 2 балла – симптомы четко определяются, не нарушают активности пациента, 3 балла – симптомы ярко выражены, значительно нарушают активность, повседневную деятельность пациента, сон. Клинические проявления болезни оценивались как легкие у 19 больных (суммарный балл симптомов менее 6), превалировало течение заболевания средней степени тяжести – у 48 больных, у 7 больных – отмечалось тяжелое течение заболевания. Наряду с классическими проявлениями АР для детей были характерны еще и такие симптомы, как «аллергический салют», в результате чего на кончике носа образовывалась поперечная складка, «аллергические круги под глазами» и даже «аллергические тики». Аллергически измененная слизистая носа является благоприятной почвой для персистенции целого ряда микроорганизмов. В мазках, взятых со слизистой носа, обнаружен рост стафилококков, пневмококков, грибов рода кандиды. Проведенные исследования показали, что у подавляющего числа больных (87%) зарегистрировано значительное повышение уровня общего Ig E, причем у 16 детей его уровень превышал 1000 МЕ/мл, доходя до 1780 МЕ/мл. Анализ спектра причинно-значимых аллергенов у детей с САР выявил сенсibilизацию больных к пылевцевым аллергенам.

Аллергия к амброзии отмечена у 52% больных. У детей с КАР широко распространена сенсibilизация к дерматофагоидным клещам, у каждого 5 больного выявлена сенсibilизация к перьевым аллергенам, у 13% аллергия к овечьей шерсти. Среди пищевых аллергенов ведущая роль принадлежала коровьему молоку и сое.

Лечение больных основывалось на принципах ступенчатого подхода, зависящего от степени тяжести заболевания. Этио-патогенетическим методом лечения АР является элиминация причинно-значимых аллергенов. Помимо общеизвестных мер, обеспечивающих гипоаллергенный быт больного, особое место придавалось элиминационно-ирригационной терапией с применением солевых растворов в виде «назального душа». Широкое применение в педиатрии нашли такие препараты, как «Салин», «Физиомер», «Аква-марис». Не зависимо от тяжести заболевания нами использовался препарат «Маример», который наряду с очищающим и увлажняющим эффектами обладает еще и противовирусным, противовоспалительным, антиоксидантным и мембраностабилизирующим действием. В среднем на 3 день от начала терапии дети отмечали улучшение состояния в виде меньшей заложенности носа и уменьшения зуда.

Антигистаминные препараты являются обязательным компонентом терапии АР. Совре-

менный ряд этих препаратов обладает высокой эффективностью, быстротой наступления положительного эффекта, длительностью действия, меньшими побочными эффектами, позволяющими применять их в течение длительного времени (1–3–6 мес.) [Е]. У 45 детей со средне-тяжелым течением АР нами использовался кестин. Он представляет собой нерацемическую смесь, являясь единственным соединением, которое быстро превращается в организме в активный метаболит каребастин. Дети в возрасте старше 6 лет получали кестин в виде сиропа, не содержащего сахар, а подростки применяли таблетированную форму препарата по 10 мг. В группе детей с КАР на фоне терапии кестином стойкий положительный эффект отмечен к концу 4 недели.

Анализ клинических данных показал, что интенсивность симптомов уменьшилась в среднем в 2 раза (учитывая балльную систему). На протяжении всего периода терапии не зарегистрировано ни одного случая нежелательного действия препарата. Он хорошо переносился больными, не оказывал седативного эффекта и не раздражал слизистую желудочно-кишечного тракта. Отсутствие отрицательного влияния на сердечно-сосудистую систему позволяет применять его у детей старшей возрастной группы в удвоенной дозировке. Применение препарата по схеме: 5 дней – препарат, 2 дня – перерыв, имеет экономический эффект, уменьшая затраты на лечение заболевания и снижая фармакологическую нагрузку на организм ребенка. В группе детей с САР легкого и средней тяжести течения заболевания (15 больных) нами использовался «Назаваль» – препарат на основе мелкодисперсного порошка целлюлозы растительного происхождения. Попадая на слизистую оболочку носа, он связывается с его влажной поверхностью, образуя прозрачный гелеобразный слой, который выполняет роль барьера по отношению к аллергенам. 3–4 кратное впрыскивание препарата в нос в течение суток достаточно эффективно предупреждало развертывание клиники аллергического ринита, позволяя ребенку вести обычный образ жизни.

В качестве базисной терапии тяжелого и средней тяжести течения АР использовался топический стероид Назонекс (мометазон фуорат). Одно впрыскивание препарата содержит 50 мкг действующего вещества. Он обладает высокой противовоспалительной активностью, уменьшает количество медиаторов аллергии, связанных с ранней и поздней фазами аллергического ответа. Обладая пролонгированным действием, он назначается однократно в сутки утром. Длительность курса составляла 4 недели. Применение Назонекса в сочетании с кестином у 28 детей привело к исчезновению зуда слизистой, чихания и ринореи у всех наблюдаемых больных.

Заключение. Таким образом, использование комбинированной терапии АР включающей «назальный душ», прием АГ препаратов эффективно контролировало симптомы АР легкого и средней тяжести течения. Тяжелое течение заболевания диктует необходимость назначения топических стероидов.

В плане уменьшения использования АГ препаратов перспективен «Назаваль», включающий барьерную функцию на пути проникновения аллергенов. Все это способствует в дальнейшем предупреждению развития тяжелых форм болезни и улучшению качества жизни пациентов.

ИНВЕРСИЯ В РАЗВИТИИ БРЫЖЕЕЧНЫХ ЛИМФАТИЧЕСКИХ УЗЛОВ БЕЛОЙ КРЫСЫ

Петренко В.М.

Санкт-Петербург, e-mail: deptanatomy@hotmail.com

Форма, строение, топография и развитие краниальных брыжеечных лимфоузлов (КБЛУ) у белой крысы описаны в литературе ограничено и очень противоречиво. На одной кафедре анатомии человека Санкт-Петербургской педиатрической меакадемии делают совершенно разные выводы при изучении КБЛУ. Т.Н. Савицкая (1985) и О.Ю. Смирнова (2002) нашли на срезах новорожденных крысы только округлую или овальную форму КБЛУ, а С.В. Свиринов (2010) и П.В. Пугач (2010, 2011) – еще лентовидную, веретеновидную и бобовидную формы. Залка КБЛУ, по данным Т.Н. Савицкой (1985), происходит у эмбрионов крысы 15 сут, когда, по моим данным, отсутствует даже забрюшинный лимфатический мешок (ЗЛМ), но начинается морфогенез автономных ганглиев в корне дорсальной брыжейки. Т.Н. Савицкая (1985), М.А. Долгова (1989) и Е.В. Морозова (1990) не нашли первичных лимфоидных узелков в КБЛУ раньше конца 1-й нед. после рождения крысят, а С.В. Свиринов (2010) и П.В. Пугач (2010, 2011) увидели их в лентовидных и бобовидных КБЛУ у новорожденных крысы. Я провел исследование на серийных гистологических срезах (гематоксилин и эозин, азур-П-эозин, серебрение по Футу; графическая реконструкция) и тотальных препаратах 40 зародышей 12–21 сут, 10 новорожденных (1-е сут) и 40 белых крысах 1-го мес. жизни.

Самые крупные КБЛУ лежат около слепой кишки, что можно объяснить антигенным влиянием ее содержимого. Во всяком случае слепая кишка у новорожденных и крысят 1-й нед. по диаметру не выделяется среди окружающих петель тонкой кишки, а со 2–3-й нед. (переход крысы на смешанное питание) превышает их по ширине в 2–3 раза. Стремительно растут и ЛУ около слепой кишки в связи с образованием лимфоидных узелков в их корковом веществе, появлением в них герминативных цен-