

6. Шабалов Н. П. Заболевания, ассоциированные с HLA-антигенами //www.vechnayamolodost.Ru / pages / poplem / svjazmezha5b.html.
7. Levey A. S. Chronic kidney disease as a global public health problem: Approaches and initiatives – a position statement from Kidney Disease Improving Global Outcomes / A.S. Levey, R. Atkins, J. Coresh [et al.] // Kidney International. – 2007. – 72. – P. 247–259.
8. Ruggenti P. Progression, remission, regression of chronic renal diseases / P. Ruggenti, A. Schieppati, G. Remuzzi // Lancet. – 2001. – Vol. 357, № 4. – P. 1601-1608
9. Segerer S. Chemokines and chemokine receptors in renal pathology / S. Segerer, C. E. Alpers // Curr. Opin. Nephrol. Hypertens. – 2003. – Vol. 12, № 4. – P. 243-249.
10. Tipping P. G. Glomerulonephritis, Th1 and Th2 : what's new? / P. G. Tipping and A. R. Kitching // Clinical & Experimental Immunology/ - 2005. - 142 (2). - P. 207–215.

РЕЗЮМЕ

ОСОБЕННОСТИ РАСПРЕДЕЛЕНИЯ HLA-A, B, DR У ДЕТЕЙ, БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК, ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТОМ С НЕФРОТИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Петрина Е. П., Дранник Г. Н., Багдасарова И. В., Дриянская В. Е.
ГУ «Институт нефрологии НАМН Украины»

Показаны особенности распределения HLA антигенов I и II классов у детей, больных гломерулонефритом с нефротическим синдромом. Ассоциированы с ХГН, НС HLA-B21, B27, B38, B41, а также DR5. Причинная роль в этиопатогенезе хронической болезни почек, ХГН, НС у детей показана для антигена DR5 ($\sigma=0,49$); выявлена протекторная роль антигенов DR1, DR3, DRw6.

Ключевые слова: HLA-антигены, гломерулонефрит, нефротический синдром, дети.

SUMMARY

PECULIARITIES OF HLA-A, B, DR DISTRIBUTION IN CHILDREN WITH CHRONIC RENAL DISEASE, GLOMERULONEPHRITIS WITH NEPHROTIC SYNDROME

Petrina O. P., Drannik G. M., Driyanska V. E., I. V. Bagdasarova
Institute of Nephrology NAMS of Ukraine

The peculiar distribution of HLA-antigens I and II is shown in children having chronic glomerulonephritis, nephrotic syndrome (GN, NS). Thus, associated with nephrotic children are HLA-B21, B27, B38, B41, DR5. The detected attributive risk to develop GN, NS in case the children have HLA-DR5 ($\sigma=0,49$) and the protective role of DR1, DR3, DRw6.

Key words: HLA-antigens, glomerulonephritis, nephrotic syndrome, children.

УДК 616-656.3

ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ПОЛІНОЗУ В КИЄВІ

СИГАЄВА І. А.

ДНУ „Науково-практичний центр профілактичної та клінічної медицини”
Державне управління справами

Вступ. Одним із найбільш розповсюджених алергічних захворювань є алергічний риніт (АР). Дані епідеміологічного обстеження показують, що від 10 до 25 відсотків населення страждають цим недугом. За останні 10 років виявленість АР у різних країнах, навіть серед дітей та підлітків, зросла з 1,4 до 39,7 % [9, 11, 13]. В структурі алергологічної патології сезонний АР або поліноз складає від 12 до 45 % [1, 3, 49].

За даними статистики, в Швейцарії розповсюдженість сінної лихоманки у 1926 р. було нижче 1%, а у 1998 р. – виросла до 15,6 %. Обстеження, проведені в інших країнах світу серед різних соціальних верств населення, також свідчать про прогресування полінозу [5, 9].

На основі багаточисленних обстежень встановлена залежність між частотою виявлення полінозів, відбиття симптомів захворювання та вмісту у повітрі пилку. Структура пилкової сенси-

білізації тісно зв'язана з ботаніко-географічними та природно-кліматичними умовами.

Місто Київ та Київська область розташовані в лісовій зоні, де також є і луки, у більший ступені зайняті полями. На цій території посіви, в основному, складаються з численних злакових (грязниці збірної, костриці лучної, пилку пажитнику багаторічного, пирію повзучого, стоколосу прямого, тимофіївки лучної, а в останній час приєднується ще й пилко амброзії з маревних (лобода), складноквітові (кульбаба, полинь гірка, соняшник). Широке розповсюдження зазнали кропива, подорожник великий та щавель кінський, тому що багато земель погано, а в багатьох випадках, і зовсім не обробляються.

Суттєву роль у формуванні аеропалінологічної ситуації грають також рослини міського фітоценозу. У теперішній час доказано, що успішне лікування та профілактика полінозу сприяє

аеропалінологічний моніторинг. З цією метою були вивчені регіональні особливості перебігу полінозу у м. Києві.

МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ

Під наглядом знаходились 284 хворих на поліноз у віці від 18 до 50 років. Всі хворі пройшли повне алергологічне обстеження, яке включало збір алергоанамнезу, постановку скарифікаційних проб, визначення IgE-антитіл. Для постановки шкірних проб використовувались стандартні набори пилоквих алергенів (усього 36 видів) виробництва ТОВ «Імунолог» (м. Вінниця). Зроблено 10792 скарифікаційних шкірних проб. Методику виконання тестів та оцінку результатів робили згідно наказу МОЗ України від 09.03.2004 № 122. Визначення специфічних IgE-антитіл, для уточнення етіологічного фактору слабковиявлених шкірних реакцій, проводили за допомогою імуноферментних тест-систем в лабораторії «Dila». Статистичну обробку даних проводили за допомогою програми MS Excel 2007.

ОТРИМАНІ РЕЗУЛЬТАТИ.

В Києві та області полінози складають 31 % від рівня усіх алергічних захворювань та 65 % від загальної кількості хворих з АР. Встановлено, що перші симптоми захворювання у більшості випадків манифестуються у дитячому віці (26,2%) та у найбільш працездатному віці (від 18 до 40 років – 54,6%).

Пацієнтів, які захворіли після 40 років, суттєво менше – 6%. При аналізі сімейного анамнезу встановлена обтяжена спадковість по atopічним захворюванням (бронхіальна астма – БА, ринокон'юнктивальний синдром – поліноз; atopічний дерматит) у 40% хворих. Найбільш частіше зустрічаються БА (у 58,2% хворих), а поліноз – у 41,8%.

По даним шкірних проб у 213 (77%) хворих виявлена полівалентна сенсibilізація, моновалентна – 71 хворого (25%).

У 148 хворих (58 %) відзначалось поєднання сенсibilізації до пилку рослин двох різних родин. Серед цих пацієнтів сенсibilізація до злакових та бур'янів відмічена у 19 % всіх випадків.

Найбільш часто виявлялась сенсibilізація до пилку полини та соняшника – у 41 % та 27 % обстежених пацієнтів відповідно.

Іншими алергенами були пилок дерев - берези, вільхи та дубу, відповідно, 38 %, 37 % та 39 %.

Пилок тимофіївки, пирію та грястиці збірної явились причиною розвитку полінозу у 37 %, 30 % та 28% обстежених хворих.

З приводу загострення АР, кон'юнктивиту та нападів БА, в вегетаційний період 2009 р., в алергологічний кабінет звернулось у 3 рази

більше хворих, ніж за цей же час 2008 р., оскільки це пов'язано зі значним потеплінням клімату та більш вираженою полінацією рослин.

Перебіг полінозів у Києві, як і у багатьох регіонах України, має чітку сезонність загострень. Початком сезону опилення вважаємо кінець березня, а закінченням – початок жовтня. Найбільша кількість звернень з приводу загострень полінозу приходить на серпень – до 65 % від усіх випадків. Це, мабуть, пов'язано з тим, що у кінці липня та в першій декаді серпня відмічається максимальна концентрація у повітрі пилоквих зерен не тільки складноцвітів, а і злаків.

По даним багатьох авторів, пилок полини має найбільш високосенсibilізуєчий потенціал, що відбивається на важкості перебігу полінозу [4, 6]. На другому місці по частоті загострень місяць травень – до 25 % від усіх спостережень. В цей період провідним алергеном був пилок дерев.

Пилкова продуктивність у 2008 та 2009 роках не була однаковою. За ці два роки виявлені як загальні, так і специфічні риси в таксономічному складі, структурі домінування, концентрації пилку та її динаміки в атмосферному повітрі.

Як у 2008, так і у 2009 рр. зареєстровано три періоду зростання та один - проміжний. Перша хвиля опилення припадає на кінець березня – середину травня, друга охоплює період з кінця травня до середини червня, третя хвиля – на кінець червня і продовжується до кінця вегетаційного періоду. Кожен період опилення відмічається домінуючими таксонами і концентрацією пилку.

В цілому пилкова продуктивність 2009 р. була значно вищою за 2008 р., що обумовлено різними метеорологічними умовами за час нагляді.

В 2009 р. у першу хвилю опилення було відмічено 75 % пилку. Вміст пилка у цей період максимальний від сумарної чисельності за весь сезон. Домінували пилки берези, вільхи, тополі, дубу та клену.

Другий період зростання концентрації пилку приходився на кінець травня – середину червня. В цей період домінував пилок кропиви – до 72 % загальної частини, а з пилку дерев була незначна концентрація вільхи та берези, а також злакових трав. В Київській області абсолютною домінантою був пилок сосни, на частину якого приходилось до 57 % від сумарної кількості.

У третьому періоді опилення 2009 р. було зареєстровано пилок злаків, а також полину – до 31 % від сумарного 95,6 %.

Зараз у всьому світі проводиться пилковий моніторинг та складають календарі опилення для використання їх у практиці охорони здоров'я [2, 7, 10].

Таксономічний склад та структура пилку в атмосфері мають регіональні та річні особливості,

що знаходить відображення в особливостях перебігу полінозу.

Так, для європейських середземноморських країн домінуючим алергеном є пилок олив [8]. Для деяких районів США, південної Європи, а також півдня та Сходу України – пилок амброзії, для Європейської частини Росії, а також країн північної та центральної Європи – пилок берези, яка викликає сенсибілізацію у 10-20 % хворих полінозом [10]. Крім того, регулярний контакт у ранньому дитинстві з пилом берези, збільшує ризик розвитку сенсибілізації до цього алергену.

Таким чином, конкретні дані щодо складу та концентрації пилку в повітрі дозволяють поліпшити якість діагностики, своєчасне призначення комплексу профілактичних, лікувальних заходів та скоротити кількість загострень, ускладнень захворювання та збільшити періоди ремісії.

ЛІТЕРАТУРА

1. *Адо А. Д.* Общая алергология / А. Д. Адо – М.: Медицина, 1978 – 463 с.
2. *Астафьева Н. Т.* Поліноз - пильцева алергія / Н. Т. Астафьева, Л. А. Горячкина // Алергологія – 2001 - № 5. - С. 56-60.
3. *Черняк Б. А.* Аллергические риниты в Восточной Сибири: распространенность,

этиологическая характеристика и взаимосвязь с бронхиальной астмой в различных возрастных группах / Б. А. Черняк, С. В. Теренкова, С. Н. Буйнова // Алергологія. – 2004. - № 4. - С. 5-10.

4. Межрегиональное атмосферное загрязнение территории / под. ред. В. Б. Милыева. - СПб, 2000. - 120 с.
5. *Гущин И. С., Ильина Н. И., Польшер С. А.* Аллергический ринит. Пособие для врачей / И. С. Гущин, Н. И. Ильина, С. А. Польшер. – М. : Наука, 2002. - 72 с.
6. *Коротков Н. В.* Поллинозы Центральной Сибири : дис. ... канд. мед. наук / Н. В. Коротков. – Иркутск, 2001. - 204 с.

РЕЗЮМЕ

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ПОЛИНОЗА В КИЕВЕ

Сигаєва І. А.

Представлены особенности основных алергенов и течения полиноза в г. Киеве.

SUMMARY

PECULIARITIES OF POLINOSIS COURSE IN KYIV

Sigayeva I. A.

The peculiarities of the main allergenes and the course of polinosis in Kiev are presented.

УДК 616.5-056.3-085

СУЧАСНІ АНТИГІСТАМІННІ ЗАСОБИ В КОМПЛЕКСНІЙ ТЕРАПІЇ АЛЕРГІЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ ШКІРИ

СИГАЄВА І. А., ДРІЯНСЬКА В. В., КУРЧЕНКО А. І.

ДНУ «НПЦ профілактичної та клінічної медицини» Державне управління справами;
НМУ ім. О. О. Богомольця

Алергічні захворювання шкіри (АЗШ) відносяться до найбільш розповсюдженої патології у дерматології. Багато з АЗШ мають східний патогенез та можуть розглядатися як місцеві прояви системного алергічного запалення.

Одним із головних медіаторів алергічних реакцій є гістамін. Сучасна фармакологія має широкий спектр лікарських засобів, які можуть контролювати алергічний процес. Серед них особливе місце займають антигістамінні препарати.

В практичній фармакології використання антигістамінних препаратів при АЗШ є базисним, також як і запровадження топічних кортикостероїдів.

Призначення антигістамінних препаратів обґрунтовується патогенетичними механізмами розвитком захворювання, але препа-

рати цих групи діють тільки на один компонент алергічного каскаду. Активний метаболіт лоратадіну-дезлоратадіну, селективний блокатор H-гістамінових рецепторів, окрім антигістамінної, має комплексну протиалергічну та протизапальну дію за рахунок ранньої та пізньої алергічних відповіді, препарат не викликає седативного ефекту та подовження інтервалу QT на ЕКГ.

Висока ефективність та безпека застосування дезлоратадіна, відсутність залежності фармакокінетики та біодоступності від вживання їжі, однократності застосування на протязі доби, відсутність седативного ефекту – все це робить препарат зручним для включення у комплексні схеми лікування пацієнтів з АЗК.

Рядом авторів проведена оцінка переваг лоратадіна у схемах мережі АЗШ в порівнянні