

що знаходить відображення в особливостях перебігу полінозу.

Так, для європейських середземноморських країн домінуючим алергеном є пилок олів [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 сенсibiliзацію у 10-20 % хворих полінозом [10]. Крім того, регулярний контакт у ранньому дитинстві з пилом берези, збільшує ризик розвитку сенсibiliзації 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-дезоратадіну, 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

із антигістамінними препаратами першого покоління і показана доцільність та ефективність його використання при кропив'янці, контактних алергічних дерматитах, atopічному дерматиті, екземі та інших захворюваннях, так як АШ супроводжується свербіжом.

Дезлоратадін є активним метаболітом лоратадіну, що дозволяє припускати його високу ефективність при лікуванні різних шкірних захворюваннях.

Ми спостерігали 119 хворих з різними формами АЗШ: 15 пацієнтів - з кропив'янкою, 33 – з дисгідротичною екземою китиць, 25 – з різними формами екземи, 36 – з алергічними дерматитами, 0 – з atopічним дерматитом. Серед них було 85 жінок та 34 чоловіка у віці з 18 до 79 років (середній вік 38,6 – 12,3 роки). Стан у пацієнтів оцінювався як легкої та середньої важкості.

Серед 16 пацієнтів з кропив'янкою у 3-х були супутні алергічні захворювання (бронхіальна астма, атонічний дерматит), у 2-х – обтяжений сімейний атонічний анамнез, в одиничних випадках відмічали себорейний дерматит, який розгорнувся за 4 місяці до перших проявів кропив'янки, епісторхозу, мембліозу, вплив професійних вад.

У 3-х пацієнтів загострення кропив'янки було пов'язано з вживанням медикаментозних препаратів (фуразолідону, гормональних контрацептивів, еритроміцину).

У 33-х пацієнтів з дисгідротичною екземою китиць: у 18 чоловік - загострення носили періодичний характер, тривалість захворювання була більш 6 місяців, у 15 хворих - на екзему китиць діагностовано вперше.

Атопічний анамнез (алергічний риніт, алергічний дерматит) спостерігали у 4-х пацієнтів, ще у 4-х були виявлені atopічні захворювання серед близьких родичів, 8 чоловік контактували з речовинами, які викликали алергічні захворювання за період професійної діяльності. Серед інших патологічних станів виявлені: мікоз стоп – у 5-х пацієнтів, захворювання шлунково-кишкового тракту – у 3-х, патологія щитовидної залози – у 2-х, бешиха гомілок в анамнезі, хвороба Бехтерева, лямбліоз, опісторхоз, ліпоїдний некробіоз, кровоточивість ясен – в одиничних випадках. Тільки у 4-х випадках не виявлено ніякої супутньої патології.

У 25 пацієнтів з іншими формами екземи: у 9 випадках спостерігали істинну екзему, у 7-ми – себорейну, у 6-х – мікопічну, у 2-х – бляшечну, 1-го – варикозну екзему гомілок. У цій групі виявлена найменша кількість випадків супутньої патології: у 2-х пацієнтів висипка почалась після вживання ліків, у 7-х – виявлені мікози стоп і у 1-го – в анамнезі алергічні реакції на продукт та медикаменти.

Тривалість хвороби у 22-х пацієнтів складала менше 6-х місяців, у 3-х – більше року.

Із 36 хворих на алергічний дерматит: у 14-ти - висипка виникла після контакту з травою, у 22-х – процес був викликаний іншими факторами. При оцінці загального стану пацієнтів: у 3-х був виявлений атонічний анамнез, 3-х – страждали мікозом стоп та китиць, у 2-х – анамністично була дисгідротична екзема китиць, у 2-х – алергічні реакції на медикаментозні препарати та продукти харчування, в одиничних випадках – часті рецидивуючі герметичні інфекції, кандидоз складок, пустульозний бактеріоз Ендрюса, численні переломи хребта.

9 пацієнтів з atopічним дерматитом були у віці від 20 до 37 роки. Прояви шкірного захворювання наглядались з дитинства, з періодичними ремісіями. У однієї пацієнтки 31 року дані загострення наглядались на протязі 2-х років, почалось в період вагітності, до цього на протязі 6-ти років – стійка ремісія захворювання; у пацієнтки 28 років, окрім atopічного дерматиту, страждала також алергічним ринітом, лямбліозом і опісторхозом, загострення захворювання було викликано проведенням «очищення організму» по спеціальній методиці. У пацієнтки 24-х років - atopічний дерматит у поєднанні з бронхіальною астмою та обтяжений сімейний atopічний анамнез. У 6-х чоловік причин загострення захворювання не виявлено.

Враховуючи необхідність комплексного лікування та складного соматичного стану, більш уваги приділяємо при виборі терапії безпечними препаратами, сили дії та кратності вживання на протязі доби. Усі пацієнти получали комплексну патогенетичну терапію, включаючи дезлоратадин (Еріус) по 5 мг 1 раз на добу на протязі 10-20 днів, препарат призначали з першого дня.

Усім пацієнтам з кропив'янкою, призначали Еріус при мікотичній екземі разом з ентеросорбентом, на фоні цього лікування повністю пройшли висипки на другий день у всіх, які наглядались. Хоча через 10 днів від початку лікування, при відміні Еріусу, у 2-х пацієнтів продовжувались з'являтися висипання, але їх кількість та розмір були значно меншими, у 1-го пацієнта висипка з'являлась тільки при впливі теплового фактору (гарячий душ). У цих пацієнтів курс лікування був подовжений до 20 днів.

Для лікування дисгідротичної екземи китиць рук призначали схему, в яку входили Еріус, тіосульфат натрію (30 %-вий по 10 мл в/в) або глюконат кальцію (10 %-вий по 10 мл в/в) та ентеросорбент. Зовні призначали топічні стероїди у формі крему (Елаком або Целестодерм).

При комплексному лікуванні свербіж регресував на 2-3 доби, поява свіжих пухіркових висипок – на 7-8 доби, на 11-й день лікування продовжили застосування зовнішніх КС-кремів - 1 раз на добу 2/3 день.

У 2-х пацієнтів після закінчення вживання Еріусу свербіж рецидивував і курс лікування цим препаратом продовжували до 20 днів.

Схема лікування інших форм екземи включали Еріус, тіосульфат натрію або глюконат кальцію, сорбент та топічний стероїд – Елаком, Тридерм (при мікотичній екземі) і лосьйон Діпросалік (при себорейній екземі). Свербіж та мокротиння припинялось на 2-3 дні лікування, к 7-10 дню - на шкірі зберігаються плями на місці висипок. У 2-х пацієнтів - з себорейною екземою волосистої частини голови, к 10-му дню лікування зберігаються свербіж та вогнище-ве мокнуче. Діпросалік-лосьйон замінили на Елаком-лосьйон та продовжили терапію Еріусом, на 15-й день лікування на шкірі зберігалось шелушіння та еритематозні плями. Застосування Елакому та Еріусу продовжили до 20-го дня лікування.

В схему лікування алергічних дерматитів включали топічний стероїд у формі крему (Елаком або Целестодерм), обробку пухирної висипки проводили аніліновими фарбами і вживанням Еріусу на протязі 10 днів.

Свербіж у містах висипок проходив на 2-й день лікування, а до 7-го дня лікування на місті висипок зменшувались гіперпигментовані плями.

Комплексна схема терапії атопічного дерматиту включала Еріус, тіосульфат натрію або глюконат кальцію, ентеросорбент, топічний стероїд (Елаком-мазь) на міста лихеніфікації шкіри та зволожуючі засоби, які не включали КС, на інші ділянки шкіри. Через 10 днів лікування свербіж значно зменшився, лихеніфікація стала менш виражена, лікування продовжили зволожуючими засобами і Еріусом 20 днів.

До кінця 3-х тижнів лікування у всіх пацієнтів наглядалось значне клінічне поліпшення стану і у разі підтримуючого лікування було рекомендовано зволоження шкіри та дотримання елімінаційної дієти.

Таким чином, оцінюючи результати лікування пацієнтів з АЗШ, відмічено, що включення до схеми терапії дезлоратадина (Еріуса) у дозі 5 мг на добу на протязі 10-20 днів, приводило до скорішого купування свербіжу, добре переносилось пацієнтами та було патогенетично обумовленим, враховуючи велику частку атопічних станів в особистому та сімейному анамнезі та наявність захворювань, враховуючи алергізацію шкіри (мікози, захворювання шлунково-кишкового тракту, патологію щитовидної залози, гельмінти).

РЕЗЮМЕ

СОВРЕМЕННЫЕ ANTIHISTAMINIC СРЕДСТВА В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ АЛЛЕРГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ КОЖИ

Сигаева И. А., Дриянская В. В., Курченко А. И.

Представлены собственные данные клинической эффективности дезлоратадина как современного антигистаминного препарата у больных с аллергическими заболеваниями кожи

SUMMARY

MODERN ANTIHISTAMINIC PREPARATIONS IN THE COMPLEX THERAPY OF ALLERGIC DISEASES

Sigayeva I. A., Driianska V. V., Kurchenko A. I.

The proper data on the clinic efficiency of desloratadine as a modern antihistamine preparation in the patients with allergic diseases of skin are presented.

УДК 616.5 – 006.81 – 085.37

ВПЛИВ РІЗНИХ СХЕМ ІНТЕРФЕРОНОТЕРАПІЇ НА ФУНКЦІОНАЛЬНУ АКТИВНІСТЬ ЛІМФОЦИТІВ У ХВОРИХ НА МЕЛАНОМУ ШКІРИ

*ФІЛЬЧАКОВ Ф.В., ШУМІЛІНА К.С., ЛЬОН Г.Д.,
КУКУШКІНА С.М., КОРОВІН С.І., КУКУШКІНА М.М.*

Національний інститут раку, м. Київ

Меланома шкіри за рівнем захворюваності посідає друге місце серед новоутворень шкіри, проте вона обумовлює 75 % випадків смерті від злویкісних новоутворень цієї локалізації. За даними Національного канцер-реєстру України [1] в 2008 році загальна кількість випадків меланоми шкіри складала 2731, що спричинило 1113 випадків смерті. Результати лікування хворих на меланому шкіри залишаються незадовільними через раннє метастазування, швидке прогресування і низьку чутливість пухлинних клітин до

хіміопрепаратів. 5-річна виживаність складає від 90 % при I стадії до (1-4) % при IV стадії захворювання. Головною і в той же час дуже складною для вирішення проблемою ефективного лікування цієї категорії хворих є запобігання розвитку метастазів. Оскільки меланому вважають імунозалежною пухлиною, для терапії хворих на цю недугу застосовують різноманітні імуно-терапевтичні підходи, зокрема, використання інтерферонів [2-4], інтерлейкіна-2 [5], фактора некрозу пухлини [6], вакцинотерапії [7]. На со-