

НАУКА І ПРАКТИКА

1-22023

2707-1871



**25 ЖОВТНЯ
2023 КИЇВ**

науково-практична конференція
**АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ
ПРИКЛАДНОЇ ІМУНОЛОГІЇ
І АЛЕРГОЛОГІЇ**

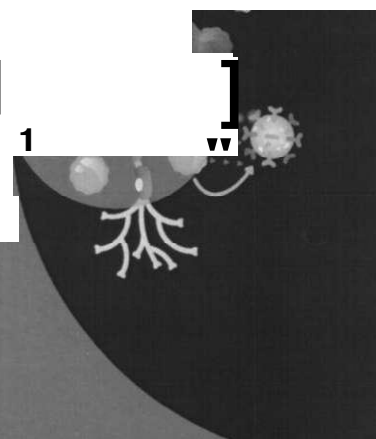
YUSTON

ТОВ «Юстон Інфо»

СЕМІНАР

**НЕИРОІМУНОЛОГІЯ
питання і відповіді**

ЖОВТНЯ
Київ



- ЗМІСТ -

**ПІДХІД ДО ЛІКУВАННЯ ТА ПРОФІЛАКТИКИ COVID-19: СПЕЦИФІЧНІ ДО ВІРУСУ
НУТРИЦЕВТИКИ ТА РОСЛИННІ ЕКСТРАКТИ**

Маньківська О.Ю., Курченко К.А., Федорук Г.В., Курченко А.1. 5

СТОВБУРОВІ КЛІТИНИ ТА ЇХ ПАРАКРИННІ ЧИННИКИ

Ключникова А.1. 13

**РІВЕНЬ ПРО- І ПРОТИЗАПАЛЬНИХ ЦИТОКІНІВ УХВОРИХ НА ВІКОВУ
ДЕГЕНЕРАЦІЮ МАКУЛИ ЗА УМОВ ЗАСТОСУВАННЯ ВІТАМІНУ D**

Комарова Т.М. 20

**ОСОБЛИВОСТІ Т-ЛІМФОЦИТІВ ТА ЇХ СУБПОПУЛЯЦІЙ В 1-М ТРИМЕСТРАХ
ВАГІТНОСТІ УЖІНОК З ПРОБЛЕМАМИ БЕЗПЛІДНОСТІ В МИНУЛОМУ**

Туманова Л.Є., Коломієць О.В., Дріяньська В.Є., Ромащенко О.В.,
Рябенко О.П., Молчанова О.О. 29

**АСПЕКТИ МОДИФІКАЦІЇ ФАРМАКОТЕРАПІЇ СЕЗОННОГО
АЛЕРГІЧНОГО РИНИТУ**

Моїсєєва Н.В., Вахненко А.В., Островська Г.Ю., Звягольська І.М.,
Власова О.В., Румянцева М.О. 37

**ПРОГНОЗ ВНУТРІШНЬОЇ ЗАТРИМКИ ЗРОСТАННЯ ПЛОДУ НА РІЗНИХ
ТЕРМІНАХ ВАГІТНОСТІ ПРИ МІКРОЕЛЕМЕНТОЗАХ**

Турова Л.О. 44

**ВПЛИВ СЕКРЕТОМ КЛІТИН НА РЕГЕНЕРАТИВНИЙ ПРОЦЕС ПРИ
ШКІРНО-М'ЯЗОВОМУ ПОШКОДЖЕННІ УЩУРІВ**

Ключникова А.І., рсяний М.1., Бельська Л.М. 49

ТЕЗИ

**ОСОБЛИВОСТІ ЗМІН ПРОТИ- ТА ПРОЗАПАЛЬНИХ ЦИТОКІНІВ У ДІТЕЙ
МОЛОДШОЇ ВІКОВОЇ ГРУПИ З ВРОДЖЕНИМ МЕГАУРЕТЕРОМ**

Драннік Г.М., Калініна Н.А., Мигаль Л.Я., Петербургський В.Ф., Нікуліна Г.Г.,
Порошина Т.В., Сербіна І.Є., Каліщук О.А., Савченко В.С. 54

АВТОРАМ ЖУРНАЛЬНИХ ПУБЛІКАЦІЙ. 55

АСПЕКТИ МОДИФІКАЦІЇ ФАРМАКОТЕРАПІЇ СЕЗОННОГО АЛЕРГІЧНОГО РИНИТУ

МОІСЄЄВА Н.В., ВАХНЕНКО А.В., ОСТРОВСЬКА Г.Ю., ЗВЯГОЛЬСЬКА І.М.,
ВЛАСОВА О.В., РУМ'ЯНЦЕВА М.О.

Полтавський державний медичний університет, Полтава, Україна

Робота виконана в межах ініціативної планової науково-дослідної роботи кафедри фармакології, клінічної фармакології та фармації «Фармакологічне дослідження біологічно активних речовин і лікарських засобів для розробки та оптимізації показань до їх застосування в медичній практиці» № 0120U103921, 2020-2024.

Вступ. В сучасному світі з його бурхливим розвитком та миттєвими трансформаціями, кліматичними та соціальними змінами, реформами систем охорони здоров'я однією із глобальних проблем залишаються алергологічні захворювання, які за останнє десятиріччя ще і мають тенденцію до суттєвого зростання [1,2]. На сьогодні, за різноманітними даними, у країнах світу частота алергічних захворювань складає 25-40% від загальної захворюваності населення, причому цей відсоток невпинно зростає. В деяких країнах за останні 10 років кількість хворих з різними формами алергічних реакцій подвоїлась [2,3,4].

В загальній структурі алергопатології одним із найпоширеніших захворювань залишається алергічний риніт (АР). В залежності від клімату та соціально-побутових особливостей різних країн, його розповсюдженість варіює в діапазоні 4-32%. Причому, навіть легкі та нетривалі симптоми АР мають небажаний вплив на психологічний стан, порушують соціальне життя людини, а також обмежують її професійну діяльність [3,5].

Серед АР питому вагу займає сезонний алергічний риніт (САР) або поліноз, якому властива сезонність, симптоми розвиваються в певну пору року та зумовлені контактом слизової оболонки із пилок рослин. Тож САР це алергологічне захворювання, яке проявляється алергічним запаленням слизової оболонки порожнини носа та викликається етіологічно значимим алергеном [2,6]. У кліматичній зоні центральної України відмічаються три регіональних піки маніфестації симптомів полінозу: весняний, літній та літньо-осінній.

Загальноновизнана тактика лікування САР включає три основні компоненти: елімінаційні заходи, фармакотерапію (місцеву та системну) та антиген-специфічну імунотерапію (АСІТ) [1,3,5,7,8]. В сучасній алергології досить багато розроблено підходів та різноманітних рекомендацій щодо АСІТ та фармакотерапії. Але фарма-

кологічні лікарські засоби поряд із бажаним клінічним ефектом мають і низку побічних впливів, що лімітують їх використання у певних груп пацієнтів. А проведення АСІТ пов'язано із перебуванням під наглядом алерголога, що в сучасних умовах не завжди можливо. Елімінаційні заходи у багатьох програмних документах, на жаль, або недостатньо висвітлені, або взагалі відсутні. При цьому елімінація причинно-значимих чинників належить до етіопатогенетичних методів лікування, особливо алергологічних захворювань. Особливого значення це набуває у випадках, коли у хворого встановлені серйозні обмеження для застосування фармакотерапії (вагітність, дитячий вік, коморбідна патологія, старечий вік). Але обмежити контакт людини з алергеном (пилки рослин, побутові алергени, професійні алергени) практично неможливо. Тому сьогодні для лікування алергічних захворювань залишається дуже актуальним застосування альтернативних методів терапії та профілактики [8]. Метод, який був би спрямований на створення бар'єру та перешкоджав би контакту дії алергену на слизову оболонку, є вельми актуальним для профілактики і лікування САР.

Серед існуючих сучасних заходів медичного призначення для лікування та профілактики САР особливо увагу привертає препарат «НАЗА-ФОРТ захист від алергії» (Великобританія). «Назафорт захист від алергії» це спрей для місцевого застосування, який забезпечує обмеження контакту слизової оболонки носу з етіологічно значимим алергеном та запобігає розвитку алергічної реакції, зокрема САР, діючи в якості бар'єра для інгаляційних алергенів. Мікронізована гідроксипропілметилцелюлоза реагує із вологою поверхнею слизового ендотелію носа, де формує прозорий, гелеподібний захисний бар'єр, який не заважає диханню. Це запобігає дегрануляції тучних клітин і вивільненню імуноглобуліну Е (ІдЕ) та гістаміну. В результаті вдається уникнути алергічної реакції і розвитку

симптомів алергічного риніту. До того ж, при САР можливо почати використовувати «Назафорт захист від алергії» завчасно, за 1-2 тижні до передбачуваного початку сезону пилкування, або можна використовувати ситуаційно: за 15-30 хвилин до передбачуваного контакту з алергеном.

При аналізі літературних джерел з ефективності «Назафорта захист від алергії», маються обмежені дані про динаміку суб'єктивних симптомів у хворих на алергічний риніт, зниження вивільнення загального ІдЕ та зміни кількості еозинофілів у периферійній крові, але доказових лабораторних даних про вплив препарату на місцевий імунітет немає.

З іншого боку, неможливо не відмітити і психоемоційний стан хворого на САР, особливо в період загострення захворювання [9,10]. Коли виникаючі та прогресуючі симптоми САР дуже часто призводять до розвитку тривожно-невротичних станів у хворих і найчастіше проявляються в емоційній лабільності, зниженні концентрації уваги, неспокою, тривожності, страху, іноді нав'язливих станів, дуже часто у вигляді мігруючого свербежу [11,12,13]. Коли постає питання доцільності призначення додаткових лікарських засобів для боротьби із цими станами [12,14], із широкого кола заспокійливих, транквілізаторів, анксиолітиків привертає особливу увагу Атаракс (гідроксизину дигідрохлорид) (Код АТХ N05B B01), який, з огляду на седативні, транквілізуючі та антигістамінні властивості, показаний для симптоматичного лікування тривожних станів у дорослих та симптоматичної терапії алергічного свербежу.

Метою даного дослідження було проведення комплексної оцінки модифікації лікування пацієнтів на САР ускладненого тривожно-невротичними розладами.

Матеріали та методи дослідження.

До програми дослідження увійшло 63 пацієнти з встановленим САР персистуючого, середньо-тяжкого перебігу з клінічними проявами ринокон'юнктивального синдрому, перебігом захворювання 2-5 років, із щорічними загостреннями. В усіх хворих встановлена сенсibiliзація до пилку дерев, злаків або бур'янів, а також різного ступеню тривожні розлади. 56 пацієнтів (89%) скаржились на періодичний, мігруючий свербіж, який з'являвся в будь-який час доби. Вікова група пацієнтів склала 17-50 років. Згідно протоколу лікування, усі хворі отримували інтраназальні глжжокортикостероїди (інГКС) по 1 дозі у кожний носовий хід 2 рази на добу. Хворі були розподілені на 3 групи: 1 група - контрольна (11 пацієнтів) отримувала лише базисну терапію: інГКС та антигістамінний препарат дезлоратадин; 2 група (26 пацієнтів) отримувала базис-

ну терапію та додатково «Назафорт захист від алергії» по одному впорскуванню в кожен ніздрю 3 рази на день; 3 група (26 пацієнтів) отримувала інГКС, «Назафорт захист від алергії», а дезлоратадин був замінений на Атаракс по 25мг 2 рази на добу. Тривалість спостереження склала 30 днів.

Усім хворим, крім загальноклінічних та біохімічних досліджень, проводився огляд ЛОР-лікаря з рентгенологічним дослідженням додаткових пазух носа, риноцитограмою, назальною пікфлоуметрією, також огляд офтальмолога. Проводили імунологічну та алергологічну діагностику, що включала скарифікаційні шкірні тести, визначали фенотипи клітин CD4+, CD8+, CD22+ та імунорегуляторний індекс (IPI) відношення CD4+/CD8+ [15, 16], загальний та специфічний ІдЕ [16,17] та рівень секреторного ІдА (sIgA) у виділеннях з носу.

Протягом всього дослідження оцінювалась динаміка показників якості життя пацієнтів. Для вивчення якості життя хворих в різні періоди: загострення САР, лікування, реабілітації за допомогою загального опитувальника MOS SF-36 (MOS SF Item Short Form Health Survey). Для визначення впливу терапії на якість життя хворих проводили тест глобальної оцінки стану якості лікування хворим та лікарем. Результати тесту оцінювали за бальною системою. Пацієнти самостійно заповнювали опитувальник SF-36: спочатку лікування при надходженні до стаціонару, тобто у фазу загострення; наприкінці стаціонарного лікування (на 12-14 день); а також на 30 добу. Для оцінки рівня тривожного/депресивного стану використовували опитувальник HADS і самоопитувальник CES-D. Оцінювали тяжкість стану пацієнта по Госпітальній шкалі тривоги і депресії (HADS) [18]. Психологічний статус визначали в день госпіталізації і при виписці.

Статистичні розрахунки виконували з використанням пакета програм «STASTICA for Windows 8.0». Застосовано непараметричні методи статистичного аналізу. Для порівняння кількісних показників у незв'язаних групах використовувався критерій Манн-Уїтні, у залежних - критерій Вілкоксона. Для порівняння частот бінарної ознаки у двох незв'язаних групах застосовувався критерій Фішера; у випадках, коли частоти були менше 10 - критерій 2 з поправкою Йейтса. Аналіз зв'язку двох ознак проводився методом Спірмена. Відмінності вважали достовірними за рівня статистичної значимості менше 0,05.

Результати.

При проведенні алергологічного обстеження в усіх хворих (100%) встановлено сенсibiliзацію до пилоквічних алергенів: пилок дерев - 13 пацієнтів (20,63%), злакових трав - 9 (14,29%),

бур'янів - 11 (17,46%), дерев та бур'янів - 12 (19,05%), злакових та бур'янів - 18 (28,57%). Основними ознаками терапевтичної ефективності вважались: позитивна динаміка перебігу АР (зникнення закладеності носу, чхання, ринореї, стікання слизу по задній стінці глотки, гіперемії та набряку слизової оболонки носу за даними передньої риноскопії). Також ефективність лікування визначали відповідно до позитивної динаміки клініко-лабораторних показників, які оцінювали за чотирибальною шкалою. Показники якості лікування склали: у 1 групі (контроль): відмінний результат - 2 пацієнта (18,18%), добрий - 6 (54,55%), без змін - 2 (18,18%), негативний - 1 (9,09%); у 2 групі: відмінно - 10 (38,46%), добре - 14 (53,85%), без змін - 2 (7,69%), негативно - 0 (0%); у 3 групі відмінно - 20 (76,92%), добре - 5 (19,23%), без змін - 1 (3,85%), негативно - 0 (0%).

Пацієнти 2 та 3 груп відмічали покращання вже на 2 день лікування, так зменшувалась закладеність носу і набряк слизової оболонки. В цих групах на 10 добу лікування було досягнуто повного терапевтичного ефекту, базисну терапію було скорочено за рахунок зменшення кратності застосування або повної відміни інГКС. У групах повністю відмовились від інГКС: 1 - 0 хворих (0%), 2 групі - 18 (69,23%), 3 групі - 20 (76,92%), але зберігали застосування «Назафору захист від алергії» протягом 3 тижнів. При порівнянні клінічного перебігу можна відмітити, що в групах 2 та 3 ефект наставав на 2 дні швидше. У контрольній групі 3 пацієнтів потребували додаткового застосування деконгестантів та антилейкотриєнових препаратів.

При проведенні загальноклінічного обстеження у 54 (85,71%) пацієнтів була виявлена еозинофілія в периферійній крові, середній показник становив $9,26 \pm 2,6\%$. Вміст еозинофілів у риноцитограмі було підвищено у 49 (77,78%) пацієнтів, середній вміст склав $8,9 \pm 3,5\%$. Слід відмітити, що після проведеного лікування у 1 групі зберігалась еозинофілія крові та риноцитограмі у 3 (27,27%) хворих, в 2 групі - у 9 (34,62%) хворих, у 3 групі - у 8 (30,77%) хворих. Найімовірніше це пов'язано з тим, що 2 та 3 групи відміняли або значно зменшували прийом інГКС.

При проведенні імунологічного дослідження до проведення лікування були виявлені істотні зміни субпопуляційного співвідношення лімфоцитів, відмічали збільшення $С04+$ клітин до $49,39 \pm 13,06\%$; зменшення $СР8+$ до $17,06 \pm 9,02\%$ порівняно з нормою, зростало середнє значення імунорегуляторного індексу (ІРІ), як одного з ключових інтегральних показників імунітету, що свідчило про виразність імунологічного процесу. При цьому спостерігали значну активацію гуморальної ланки імунітету:

збільшення пропорції антитіло продукуючих $С022+$ до $40,17 \pm 7,62\%$ і значне зростання ІдЕ в сироватці крові до $281,83 \pm 98,18$ МО/мл та збільшення вмісту БідА в назальному секреті до $18,97 \pm 4,65$ мг/л.

Аналіз змін імунологічних показників у пацієнтів до та після лікування показав в контрольній групі: $Сй4+$ з $49,39 \pm 13,06$ до $42,75 \pm 12,94$; $С08+$ з $18,81 \pm 9,63$ до $18,21 \pm 9,46$; ІРІ з $2,63 \pm 0,99$ до $2,3 \pm 0,93$; ІдЕ з $275,73 \pm 92,21$ до $196,87 \pm 97,64$; БідАз $17,83 \pm 6,49$ до $16,26 \pm 5,83$, які не мали достовірних змін і тільки $С022+$ достовірно знижувались з $39,38 \pm 12,22$ до $25,23 \pm 10,86$ ($p < 0,05$). В групі 2 достовірно змінювались майже усі показники: $С04+$ з $50,94 \pm 12,9$ до $39,87 \pm 11,18$ ($p < 0,05$), $СР8+$ з $17,06 \pm 9,02$ до $19,82 \pm 9,13$ ($p < 0,05$), ІРІ з $2,99 \pm 1,21$ до $2,01 \pm 1,17$ ($p < 0,05$), $С022+$ з $39,5 \pm 10,35$ до $36,14 \pm 11,88$ ($p < 0,05$), ІдЕ з $281,83 \pm 98,18$ до $183,76 \pm 83,53$ ($p < 0,05$), окрім вмісту БідА в назальному секреті з $18,71 \pm 7,37$ до $15,43 \pm 6,78$. Подібну картину ми спостерігали і в групі 3: $С04+$ з $50,35 \pm 9,86$ до $38,95 \pm 8,16$ ($p < 0,05$), $С08+$ з $17,23 \pm 7,04$ до $20,19 \pm 4,15$ ($p < 0,05$), ІРІ з $2,92 \pm 1,4$ до $1,93 \pm 1,97$ ($p < 0,05$), $С022+$ з $40,17 \pm 7,62$ до $36,02 \pm 9,85$ ($p < 0,05$), ІдЕ з $279,54 \pm 84,76$ до $187,65 \pm 85,38$ ($p < 0,05$), БідАв назальному секреті з $18,9 \pm 4,65$ до $15,38 \pm 7,12$.

При дослідженні якості життя хворих були виявлені зміни багатьох параметрів. Так, в контрольній групі достовірно змінювався тільки показник життєвої активності (УТ). В клінічній групі 2 при підключенні до лікування тільки «Назафору захист від алергії» достовірно покращувались показники життєвої активності (УТ), фізичного функціонування (РР), показник загального здоров'я (вН). Однак показники психологічного статусу пацієнтів: прояви тривоги (шкала НАОБ, бали), прояви депресивності (шкала НАОБ, бали), прояви депресивності (опитувальник СЕБ-О, бали) не мали достовірних змін. В контрольній групі всі ці показники також не мали достовірних змін.

В групі 3 модифікація терапії призводила не тільки до достовірного покращення показника загального здоров'я (СН), життєвої активності (УТ), рольового функціонування (Р.Р), фізичного функціонування (РР), а також нормалізації психічного здоров'я (МН), емоційного функціонування (РіЕ), що обумовлювало підвищення стресостійкості хворих. Показники психологічного статусу пацієнтів: прояви тривоги, депресивності по шкалам спеціалізованих опитувальників також мали достовірні покращення.

Довгострокові дослідження підтверджували стійке підвищення стресостійкості хворих в групі 3, що підтверджувалось зменшенням кількості проявів тривожності.

Обговорення та висновки.

Аналіз проведеної модифікації лікування показав, що в групах застосування «Назафорт захист від алергії» клінічний ефект настав на 2 дні швидше, значна кількість пацієнтів зменшила базисну терапію, в основному за рахунок інГКС, та продовжила застосування препарату в комплексній терапії до кінця спостереження.

Треба відмітити, що у більшості пацієнтів виявлена еозинофілія в периферійній крові та у риноцитограмі до лікування, але після проведеного лікування у 1 групі еозинофілія зберігалась у крові та риноцитограмі у меншій кількості хворих, ніж у групах 2 та 3, що найімовірніше пов'язано з відміною або значним зменшенням прийому інГКС.

До проведення лікування були виявлені істотні зміни субпопуляційного співвідношення лімфоцитів: збільшення C04+лімфоцитів, зменшення C08+, зростання імунорегуляторного індексу (IPI), як одного з ключових інтегральних показників імунітету, що свідчило про виразність імунологічного процесу. При цьому спостерігалась значна активація гуморальної ланки імунітету: збільшення C022+ клітин і значне зростання ІдЕ в сироватці крові та збільшення вмісту віДА в назальному секреті. В результаті проведеного лікування в контрольній групі з базовою терапією достовірно змінювались лише кількість C022+ лімфоцитів, в групі 2 та в групі 3 при модифікації терапії «Назафортом захист від алергії» спостерігалась схожа картина, коли майже усі імунологічні показники мали достовірні позитивні зміни, в тому числі ІдЕ в сироватці крові, окрім віДА в назальному секреті.

В групі при модифікації лікування Атараксом спостерігали найбільш виражене покращення психоемоційного стану пацієнтів, достовірно поліпшувалось загальне здоров'я, життєва активність, рольове функціонування, фізичне функціонування, а також нормалізація психічного здоров'я, емоційного функціонування, що обумовлювало підвищення стресостійкості хворих. Показники психологічного статусу пацієнтів: прояви тривоги, депресивності по шкалам спеціалізованих опитувальників також мали достовірні покращення.

Довгострокові дослідження підтверджували стійке підвищення стресостійкості хворих в групі 3, що підтверджувалось зменшенням кількості проявів тривожності, чого не спостерігалось у групах 1 та 2.

Таким чином, можна зробити висновки, що модифікація базової терапії САР «Назафортом захист від алергії» призводила до модуляції імунної відповіді у вигляді зниження алергічної реакції, посиленню та більш швидкому досягненню клінічного ефекту, зменшенню потреби у застосуванні інгаляційних глюкокортикостеро-

їдів. І хоча він є ефективним захистом від контакту алергену з шоківим органом (слизовою оболонкою носової порожнини) та може бути рекомендованим до застосування при лікуванні САР різного ступеню тяжкості, однак його окреме застосування не досягає достатнього ефекту на психоемоційний стан хворих, тому комбінація «Назафорт захист від алергії» та Атаракс представляється найбільш вдалою, і значно покращувала фізичний і психоемоційний стан пацієнтів з САР, ускладненого тривожними розладами. Така комбінація обумовлювала підвищення стресостійкості хворих.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ:

1. Knight J., Nigam Y (2021) The lymphatic system 4: allergies, anaphylaxis and anaphylactic shock. *Nursing Times*, 117: 54-58.
2. Fokkens W.J., Lund V.J., Hopkins C. et al. (2020) European Position Paper on Rhinosinusitis and Nasal Polyps 2020. *Rhinology*, 58 (Suppl. S29): 1-464. doi: 10.4193/Rhin20.600.
3. Emeryk A., Maksymiuk J., Janeszek K. (2019) New guidelines for the treatment of seasonal allergic rhinitis. *Postepy Dermatol Alergol.*, 36(3): 255-260.
4. Chistik T. (2016) Modern possibilities in the treatment of allergic rhinoconjunctivitis and urticaria: focus on bilastine (Nixar®). *News of Medicine and Pharmacy*, 5(574): 3-4.
5. Broek J.L., Bousquet J., Agache I. et al. (2017) Allergic Rhinitis and its Impact on Asthma (ARIA) guidelines-2016 revision. *J. Allergy Clin. Immunol.*, 140(4): 950-958.
6. Zuberbier T., Aberer W., Asero R. et al. (2018) The EAACI/GA LEN/EDF/WAO guideline for the definition, classification, diagnosis and management of urticaria. *Allergy*, 73(7): 1393-1414. doi: 10.1111/all.13397.
7. Shabanov D.V., Lutkovskaya Ju.E. (2020) Actual Antihistamine Therapy. *Medical Council*, 16: 26-35. doi: 10.21518/2079-701X-2020-16-26-35.
8. Wang X.Y., Lim-Jurado M., Prepageran N. et al. (2016) Treatment of allergic rhinitis and urticaria: a review of the newest antihistamine drug bilastine. *Then Clin. Risk. Manag.*, 12: 585-597. doi:10.2147ACRM.S105189.
9. Vermetten E., Frankoval., Carmi L. et al. (Eds.) (2020) Risk management of terrorism induced stress: NATO Science for Peace and Security Series, Sub-series E: Human and Societal Dynamics, 148. IOS Press. The Netherlands.
10. Morina N., Hoppen T. H., Priebe S. (2020) Out of sight, out of mind: refugees are just the tip of the iceberg. An illustration using the cases

of depression and posttraumatic stress disorder. *Frontiers in Psychiatry*, 11: 179.

11. Moisieieva N. V., Burya L. V., Kapustianskaya A. A., Kolenko I.A., Romyantseva M.A., Shumeiko O.H. (2018). Comprehensive patterns of comorbidity: copd and depression. *Aspects of treatment / Wiadomo ci Lekarskie*. - 2018. - Т. LXXI, Nr 3. - P. 395-399.
12. Khorram-Manesh A., Burkle F.M., Goniewicz K., Robinson Y. (2021) Estimating the Number of Civilian Casualties in Modern Armed Conflicts — A Systematic Review. *Frontiers in public health*, 9. doi.org/10.3389/fpubh.2021.765261
13. Mahmood H.N., Ibrahim H., Goessmann K. et al. (2019) Post-traumatic stress disorder and depression among Syrian refugees residing in the Kurdistan region of Iraq. *Conflict Health*, 13(1): 1.
14. Dro ek B., Rodenburg J., Moyene-Jansen A. (2020) «Hidden» and diverse long-term impacts of exposure to war and violence. *Frontiers in Psychiatry*, 10: 975. doi.org/10.3389/fpsy.2019.00975.
15. Алергічний риніт. Специфічна імунодіагностика та імунотерапія метод, вказ. для студентів та лікарів-інтернів / упор. П.Г. Кравчун, В.Д. Бабаджан, О.В. Ломакіната ін. - Харків : ХДМУ, 2013. - 20 с.
16. Імунологія : підручник / за ред.: Л. В. Кузнецової, В. Д. Бабаджана, Н. В. Харченко. - Вінниця : Меркьюрі-Поділля, 2013.-565 с.
17. Порівняльний аналіз визначення специфічних іДЕ у сироватці та результатів непрямомого тесту дегрануляції базофілів у хворих на медикаментозну алергію / В. Д. Бабаджан, О. С. Єрмак, Л. Б. Амер, І. А. Асика, Г. М. Мороз, Л. А. Москаленко // Сучасні питання алергології : науково-практична конференція, 2-3 квітня 2019 р., м. Дніпро / Дніпропетровська медична академія Міністерства охорони здоров'я України. - Дніпро, 2019. - С. 4.
18. Черногорюк Г.Э., Фисенко А.Ю., Рослякова Е.П., Михайлова А.А., Рачковский М.И., Варвянская Н.В., Санжаровская М.С., Антипов СИ., Шепелева Е.Г. Коррекция тревоги и депрессии у пациентов при обострении хронической обструктивной болезни легких // *Современные проблемы науки и образования*. - 2014. - № 6.

РЕЗЮМЕ

**АСПЕКТИ МОДИФІКАЦІЇ фармакотерапії
СЕЗОННОГО АЛЕРГІЧНОГО РИНІТУ**

*Моїсєєва Н.В., Вахненко А.В., Островська Г.Ю.,
Звягольська І.М., Власова О.В., Рум'янцева М.О.*

Полтавський державний медичний університет,
Полтава, Україна

Вступ. В сучасному світі з його бурхливим розвитком та миттєвими трансформаціями, кліматичними та соціальними змінами, реформами систем охорони здоров'я однією із глобальних проблем залишаються алергологічні захворювання, які за останнє десятиріччя ще й мають тенденцію до суттєвого зростання. В загальній структурі алергопатології одним із найпоширеніших захворювань залишається алергічний риніт. Серед ринітів питому вагу займає сезонний алергічний риніт (САР). Загальновизнана тактика лікування САР включає три основні компоненти: елімінаційні заходи, фармакотерапію та антиген-специфічну імунотерапію. Два останні мають багато різноманітних варіантів, але елімінаційні заходи у багатьох програмних документах недостатньо висвітлені, або взагалі відсутні. Неможливо ігнорувати психоемоційний стан хворого на САР, особливо в період загострення захворювання, коли виникають та прогресуючі симптоми САР дуже часто призводять до розвитку три-важно-невротичних станів у хворих.

Мета: проведення комплексної оцінки модифікації лікування пацієнтів на САР, ускладнений три-важно-невротичними розладами.

Матеріали та методи дослідження. Досліджувались хворі на САР в стадії загострення на тлі тривожних розладів. Проводились імунологічні дослідження, оцінка динаміки показників якості життя пацієнтів, оцінювався рівень тривожного/депресивного стану. В клінічній групі запропоновано варіант модифікацію терапії.

Результати. У пацієнтів на САР в стадії загострення на тлі тривожних розладів були виявлені істотні зміни субпопуляційного співвідношення лімфоцитів, зростання імунорегуляторного індексу, що свідчило про виразність імунологічного процесу. При цьому спостерігалась значна активація гуморальної ланки імунітету: збільшення і значне зростання іДЕ в сироватці крові та збільшення вмісту sIgA в назальному секреті. У більшості пацієнтів виявлена еозинофілія в периферійній крові та у риноцитогамі до лікування. При дослідженні якості життя хворих були виявлені зміни багатьох параметрів.

Висновки та їх обговорення. Аналіз проведеної модифікації лікування показав, що в групах застосування «Назафурту захист від алергії» клінічний ефект наставав раніше, скорочувалась базисна терапія за рахунок інгаляційних глюкокортикостероїдів. В групах при модифікації терапії «Назафуртом захист від алергії» майже всі імунологічні показники мали достовірні позитивні зміни, при базовій терапії покращувались поодинокі показники. В групі модифікації лікування Атарак-

сом спостерігали найбільш виражене покращення психоемоційного стану пацієнтів, показники психологічного статусу мали достовірні позитивні зміни. Довгострокові дослідження підтверджували стійке підвищення стресостійкості хворих, що підтверджувалось зменшенням кількості проявів тривожності. Модифікація базової терапії САР «Назафорт захист від алергії» призводила до модуляції імунної відповіді у вигляді зниження алергічної реакції, посиленню та більш швидкому досягненню клінічного ефекту, зменшенню потреби в застосуванні інгаляційних глюкокортикостероїдів. І хоча він є ефективним захистом від контакту алергену з шоківим органом (слизивою оболонкою носової порожнини) та може бути рекомендованим до застосування при лікуванні САР різного ступеню тяжкості, однак його ізольоване застосування не досягає достатньо позитивного ефекту на психоемоційний стан хворих, тому комбінація «Назафорт захист від алергії» та Атараксу представляється найбільш вдалою, яка значно покращувала фізичний і психоемоційний стан пацієнтів з САР, ускладненого тривожно-невротичними розладами. Така комбінація обумовлювала підвищення стресостійкості хворих.

Ключові слова: сезонний алергічний риніт, поліноз, комплексна терапія САР, бар'єрні протиалергічні засоби.

SUMMARY

ASPECTS OF MODIFICATION OF PHARMACOTHERAPY OF SEASONAL ALLERGIC RHINITIS

Moiseieva N., Vakhnenko A., Ostrovska G., Zvyagolska I., Vlasova O., Rummyantseva M.

Poltava State Medical University, Poltava, Ukraine

Introduction. In the modern world, with its rapid development and instant transformations, climatic and social changes, reforms of health care systems, allergic diseases remain one of the global problems, which in the last decade also tend to increase significantly. In the general structure of allergic pathology, allergic rhinitis remains one of the most common diseases. Among rhinitis, the share is occupied by seasonal allergic rhinitis (SAR). The generally accepted tactics for the treatment of SAR includes three main components: elimination measures, pharmacotherapy and antigen-specific immunotherapy, the last two have many different options, but elimination measures in many policy documents are not sufficiently covered or absent at all. It is impossible to ignore the psycho-emotional state of a patient with SAR, especially during an exacerbation of the disease. When emerging and progressive symptoms of SAR often lead to the development of anxiety-neurotic conditions in patients.

The goal is to conduct a comprehensive assessment of the modification of the treatment of patients with SAR complicated by anxiety-neurotic disorders.

Materials and methods. Patients with SAR in the acute stage on the background of anxiety disorders were studied. Immunological studies were carried out, an assessment of the dynamics of indicators of the quality of life of patients, the level of anxiety / depression was assessed. In the clinical group, a variant of therapy modification was proposed.

The results. Significant changes in the subpopulation ratio of lymphocytes, an increase in the immunoregulatory index, which indicated the severity of the immunological process, were revealed in SAR patients in the acute stage against the background of anxiety disorders. At the same time, a significant activation of the humoral link of immunity was observed: an increase and a significant increase in IgE in the blood serum and an increase in the content of sIgA in the nasal secretion. In most patients, eosinophilia was found in the peripheral blood and in the rhinocytogram before treatment. In the study of the quality of life of patients, changes in many parameters were found.

Discussion and conclusion. Analysis of the modification of the treatment showed that in the groups of application of "Nazafort Allergy Protection" the clinical effect occurred earlier, the basic therapy was reduced due to inhaled glucocorticosteroids. In the groups with the modification of therapy with "Nazafort Allergy Protection", almost all immunological parameters had significant positive changes, with basic therapy, single indicators improved. In the Atarax treatment modification group, the most pronounced improvement in the psycho-emotional state of patients was observed; indicators of the psychological status had significant positive changes. Long-term studies confirmed a steady increase in the stress resistance of patients, which was confirmed by a decrease in the number of anxiety manifestations. Modification of the basic ATS therapy "Nazafort Allergy Protection" led to the modulation of the immune response and a decrease in the allergic reaction, an increase and a faster achievement of the clinical effect, and a decrease in the need for the use of inhaled glucocorticosteroids. Despite the fact that it is an effective protection against contact of the allergen with the shock organ (nasal mucosa) and can be recommended for use in the treatment of SAR of varying severity, however, its isolated use does not lead to a sufficient positive effect on the psycho-emotional state of patients. Therefore, the combination of "Nazafort Allergy Protection" and Atarax seems to be the most successful, which significantly improved the physical and psycho-emotional state of patients with SAR, complicated by anxiety and neurotic disorders. This combination led to an increase in the stress resistance of patients.

Keywords: seasonal allergic rhinitis, pollinosis, complex therapy of SAR, barrier antiallergic drugs.