

определения холестатического профиля. При первичном склерозирующем холангите наряду с синдромом цитолиза в виде 2-3х-кратного повышения уровня трансаминаз, определяется умеренное повышение показателей щелочной фосфатазы ( $p=0,010$ ) и гамма-глутамилтранспептидазы ( $p=0,042$ ), а повышение величины тимоловой пробы ( $p=0,023$ ) свидетельствует в пользу мезенхимального воспаления, характерного для хронического заболевания печени.

#### **Список литературы:**

1. Нарушение гемостаза у детей с воспалительными заболеваниями кишечника. Дис. ...канд. мед. наук. / Каншина А.А. – Москва; 2020.
2. Климов Л.Я. Первичный склерозирующий холангит с летальным исходом у девочки 13 лет / Л.Я. Климов, В.А. Курьянинова, В.С. Кашников и др. // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. – 2016. – №1. – С. 107-112.
3. Клиническая интерпретация биохимического анализа крови при заболеваниях печени : учебное пособие для студентов / А. В. Давыдова ; ГБОУ ВПО ИГМУ Минздрава России. – Иркутск: ИГМУ, 2013.– 46 с.
4. Московская медицинская академия им. И.М. Сеченова. Первичный склерозирующий холангит // Медицинский вестник Северного Кавказа. – 2009. - №2. – С. 75-82.
5. Райхельсон К.Л. Первичный склерозирующий холангит: обзор рекомендаций по диагностике и лечению заболевания / К.Л. Райхельсон, Е.В. Пазенко, Н.В. Марченко // Consilium Medicum. – 2017. – №8. – С. 121-130.
6. Рейзис А.Р. Хронические воспалительные заболевания кишечника и первичный склерозирующий холангит: уникальное двуединство / А.Р. Рейзис, С.Н. Борзакова // Доктор. Ру. – 2017. – №12. С. 24–29.
7. ЦНИИ гастроэнтерологии Департамента здравоохранения Москвы. Воспалительные заболевания кишечника и первичный склерозирующий холангит // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. – 2008. - №2. – С. 63-70.
8. Barrie A. Recurrent blood eosinophilia in ulcerative colitis is associated with severe disease and primary sclerosing cholangitis / A. Barrie, M. Mourabet, K. Weyant et al. // Dig Dis Ski. - 2013. - № 58(1). - P. 222-228.

УДК 616-056.3

### **Сыропятова С.А., Лепешкова Т.С. СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ АЛЛЕРГЕН- СПЕЦИФИЧЕСКОЙ ИММУНОТЕРАПИИ**

Кафедра поликлинической педиатрии и педиатрии ФПК и ПП  
Уральский государственный медицинский университет  
Екатеринбург, Российская Федерация

**Syropyatova S.A., Lepeshkova T.S.**

**MODERN APPROACHES TO ALLERGEN-SPECIFIC IMMUNOTHERAPY**

Department of Polyclinic Pediatrics and Pediatrics FPC and PP

Ural state medical university

Yekaterinburg, Russian Federation

E-mail: [syropyatovasveta@mail.ru](mailto:syropyatovasveta@mail.ru)

**Аннотация.** В статье рассмотрены результаты ретроспективного анализа 50 историй болезни детей с поллинозом, закончивших трёхлетний курс аллерген-специфической иммунотерапии (2018-2020). Представлены данные анамнеза жизни, результаты лабораторных исследований до и после лечения. Проведена оценка выраженности клинических симптомов поллиноза и потребности в фармакологических препаратах до и после терапии.

**Annotation.** The article considers the results of a retrospective analysis of 50 case histories of children with pollinosis who completed a three-year course of allergen-specific immunotherapy (2018-2020). The data of the life history, the results of laboratory tests before and after treatment are presented. The severity of clinical symptoms of pollinosis and the need for pharmacological drugs before and after therapy were evaluated.

**Ключевые слова:** дети, аллерген-специфическая иммунотерапия, сублингвальная иммунотерапия, аллергический риноконъюнктивит, поллиноз.

**Key words:** children, allergen-specific immunotherapy, sublingual immunotherapy, allergic rhinoconjunctivitis, pollinosis.

### **Введение**

Аллергические болезни являются одной из ведущих патологий детского возраста и представляют глобальную проблему для мирового здравоохранения. Большую значимость в структуре аллергической патологии имеют поллинозы, распространенность которых составляет 15–25% среди детского населения планеты [3]. В Российской Федерации заболеваемость сезонным аллергическим ринитом в детской популяции составляет 18–38% в зависимости от региона проживания [1]. Единственным стратегическим этиопатогенетическим методом лечения аллергических заболеваний является аллерген-специфическая иммунотерапия [2].

В последние годы на атопические заболевания стали смотреть с точки зрения молекулярной аллергодиагностики, и на аллерген-специфическую иммунотерапию стали отбираться пациенты со значимыми клиническими симптомами, имеющие сенсibilизацию к мажорным аллергенам. На Урале значимым пыльцевым аллергеном является береза. Ежегодно в мае появляются новые пациенты, реагирующие на пыльцу этого дерева. С момента дебюта заболевания до начала аллерген-специфической иммунотерапии зачастую проходят годы, между тем, чем раньше будет проведен данный метод терапии,

тем меньше будет вероятность формирования пыльцевой бронхиальной астмы и поливалентной пыльцевой аллергии.

**Цель исследования** – ретроспективное изучение эффективности 3-летнего курса сублингвальной иммунотерапии (СЛИТ) аллергеном «Сталораль (береза)» у пациентов с сенсibilизацией к березе, имеющих доказанную сенсibilизацию к главному аллергену березы Bet v1 и клинически значимыми симптомами поллиноза в мае-июне в течение как минимум последних двух лет до начала АСИТ.

#### **Материалы и методы исследования**

Проведено ретроспективное исследование медицинской документации 50 детей в возрасте от 5 до 16 лет (средний возраст  $8,2 \pm 0,38$ ) с проявлениями сезонной аллергии на берёзу, завершивших трёхлетний курс СЛИТ на базе ГАУЗ СО ДГП№13.

Критерии включения: дети старше 5 лет, наличие у них клинических симптомов сезонного риноконъюнктивита в период полликации березы (апрель-май) на протяжении не менее двух лет до начала СЛИТ.

Критерии исключения: дети младше 5 лет; дети с атопическими и/или сопутствующими заболеваниями в стадии обострения на момент начала терапии; дети с клиническими симптомами поллиноза к другим растениям; дети, родители, которых отказались от СЛИТ.

Детям были проведены общеклинические и аллергологические исследования, определён IgE общий, эозинофильный катионный белок (ЭКБ), мажорный аллерген березы Bet v1-IgE (ImmunoCAP) и блокирующие антитела Bet v1-IgG (ImmunoCAP) до и после лечения.

Лечение было инициировано в 2018 году и продолжалось предсезонно – сезонно с января по июнь три года подряд (2018, 2019, 2020). Терапия проводилась в соответствии с инструкцией к препарату «Сталораль (береза)». Дети получали аллерген сублингвально утром по схеме, постепенно увеличивая дозу и концентрацию препарата (с одного нажатия 10 ИР/мл до 2-4 нажатий 300ИР/мл). Оценка клинической эффективности СЛИТ и потребности в фармакологических препаратах проводилась по «Дневникам симптомов», которые пациенты заполняли ежедневно в дни полликации на протяжении 3 сезонов. Симптомы оценивались по шкале 0 – 3 (0 – отсутствуют, 1 – слабые, 2 – умеренные, 3 – сильные), максимальный балл симптомов составил 16.

Для анализа полученных данных были использованы методы описательной и аналитической статистики. Для оценки достоверности различий между данными до и после лечения для количественных показателей использовался t-критерий Стьюдента. Достоверными считались различия при  $p < 0,05$ . Обработка статистических данных проводилась в Excel.

#### **Результаты исследования и их обсуждение**

У 78% (n=39) пациентов была установлена наследственность по атопии. У 100% (n=50) больных имелись симптомы сезонного риноконъюнктивита. Сезонный риноконъюнктивит в сочетании с бронхиальной астмой был в 46%

(n=23) случаев, в 66% (n=33) – с признаками атопического дерматита, в 64% (n=32) – с симптомами бронхиальной гиперреактивности.

Согласно «Дневникам симптомов» в 1 год баллы симптомов были следующие: заложенность носа – 16, зуд век и слезотечение – 14, чихание – 13, кашель – 13 баллов. Во 2 год: заложенность носа – 15, зуд век и слезотечение – 13, чихание – 7, кашель – 4 балла. В 3 год у некоторых детей симптомов в сезон цветения не было, а по группе: 7, 8, 5, и 3 балла, соответственно.

Количество дней болезни до начала СЛИТ было  $29,3 \pm 1,93$  дня, а после –  $7,9 \pm 1,1$  дней ( $p < 0,05$ ). До начала СЛИТ 100% (n=50) детей получали антигистаминные препараты, а после курса СЛИТ только 70% (n=30), и это были единичные дни болезни. До СЛИТ 96% (n=47) пациентов получали интраназальные ГКС, после трёхлетней терапии только 33% (n=14) больных.

Базисная терапия бронхиальной астмы легкой степени тяжести проводилась антилейкотриеновыми препаратами и ингаляционными ГКС. До начала АСИТ потребность в монтелукасте отмечалась у 71% (n=34) детей, а в ингаляционных ГКС у 17% (n=8), а после лечения только у 14% (n=6) и 10% (n=4), соответственно. Терапия среднетяжелой бронхиальной астмы включала в себя комбинированные ГКС и В<sub>2</sub>-агонисты короткого действия. До начала лечения комбинированные ГКС получали 11% (n=5) пациентов, после полного курса лечения аллергенами – 5% (n=2) детей. Потребность в В<sub>2</sub>-агонистах короткого действия с 48% (n=24) снизилась до 0%.

За время СЛИТ в исследуемой группе не наблюдалось ни одной госпитализации, связанной с сезоном цветения.

Клиническая эффективность трёхлетней СЛИТ аллергеном «Сталораль (береза)», по мнению родителей пациентов, составила  $80,5 \pm 2,1\%$ .

В лабораторных показателях до и после лечения было отмечено следующее. Показатель IgE общего после лечения аллергеном вырос с  $195,8 \pm 63,6$  МЕ/мл до  $350,1 \pm 64,9$  МЕ/мл ( $p > 0,05$ ). Эозинофильный катионный белок практически не изменился, составив  $58,8 \pm 10,5$  нг/мл до лечения и  $60,7 \pm 19,2$  нг/мл после лечения ( $p > 0,05$ ). Мажорный аллерген березы Bet v1-IgE после трёхлетней СЛИТ начал снижаться и показал следующую динамику:  $46,4 \pm 6,2$  кЕдА/л до терапии и  $26,9 \pm 7,4$  кЕдА/л после терапии ( $p > 0,05$ ). Блокирующие антитела к мажорному аллергену березы Bet v1-IgG с течением времени выросли: до терапии их количество составляло  $5,9 \pm 1,2$  кЕдА/л, после терапии –  $11,77 \pm 3,2$  кЕдА/л ( $p > 0,05$ ).

#### **Выводы:**

1. После проведённого курса аллерген-специфической терапии отличные и хорошие результаты были получены нами в 100% случаев: отмечено снижение выраженности симптомов поллиноза и потребности в лекарственных средствах.

2. После курса аллерген-специфической иммунотерапии у пациентов наблюдается снижение специфических IgE к мажорному аллергену берёзы и увеличение блокирующих антител класса IgG к данному аллергену, что не даёт возможности отслеживать IgE общий и эозинофильный катионный белок.

3. Аллерген-специфическая иммунотерапия является основным и эффективным методом лечения пациентов с поллинозом, и возможность её проведения должна быть рассмотрена для каждого пациента.

**Список литературы:**

1. Аллергия у детей: от теории – к практике / Намазова-Баранова Л.С. - М.: Союз педиатров России, 2011. – 688 с.
2. Царев С.В. АСИТ – решение в лечении аллергии // Медицинский совет. – 2017. – №9. – С. 116–119.
3. Worm M. Food allergies resulting from immunological cross-reactivity with inhalant allergens / M. Worm, U. Jappe, J. Kleine-Tebbe, C. Schafer, I. Reese, J. Saloga, R. Treudler, T. Zuberbieer, A. Wassmann, T. Fuchs, S. Dolle, M. Raithel, B. Ballmer-Weber, B. Niggemann, T. Werfel // Allergo J. Int. – 2014. – №23(1). – P. 1–16.

УДК 616.155.18

**Фазылова А.В., Колмогорцева М.С., Сафина Е.В.  
СЛУЧАЙ БОЛЕЗНИ МИНКОВСКОГО-ШОФФАРА -  
НАСЛЕДСТВЕННОГО МИКРОСФЕРОЦИТОЗА**

Кафедра детских болезней лечебно-профилактического факультета  
Уральский государственный медицинский университет  
Екатеринбург, Российская Федерация

**Fazylova A.V., Kolmogorceva M.S., Safina E.V.  
A CASE OF MINKOVSKY-SHOFFAR'S DISEASE - HEREDITARY  
MICROSPHEROCYTOSIS**

Department of children's diseases of the medical and Preventive Faculty  
Ural state medical university  
Yekaterinburg, Russian Federation

E-mail: fazylova.anastasiya@mail.ru, maria\_kolm@mail.ru

**Аннотация.** В статье рассмотрен клинический случай семейного наследственного микросфероцитоза, выявленного у двух сибсов возрастом 3-х и 8 лет.

**Annotation.** The article discusses clinical cases of hereditary microspherocytosis, identified by two sisters aged 3 and 8 years.

**Ключевые слова:** наследственный микросфероцитоз, гемолитическая анемия, клинический случай.

**Key words:** hereditary microspherocytosis, hemolytic anemia, clinical case.

**Введение**