

*Н. Л. Арсентьева, Т. А. Багрова, С. В. Федорович, И. Л. Арсентьева, Г. Н. Полевечко*

**УРОВНИ ОБЩЕГО ИММУНОГЛОБУЛИНА Е  
ДО И ПОСЛЕ КОРРЕКЦИИ ИММУНОРЕАКТИВНОСТИ  
У МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ  
С ПОВЫШЕННЫМ РИСКОМ АЛЛЕРГИИ**

*Белорусское научное общество иммунологов и аллергологов, bnoia@tut.by*

---

*Изучалась клиническая эффективность препарата «Лимфомиозот» у медицинских работников, контактирующих с лекарственными аллергенами и дезинфицирующими средствами.*

***N. L. Arsentjeva, T. A. Bagrova, I. L. Arsentjeva, S. V. Fedorovich, G. N. Polevchko***  
***THE TOTAL IGE LEVELS BEFORE AND AFTER IMMUNOCORRECTION***  
***AMONG MEDICAL WORKERS WITH HEIGHTENED HAZARD OF ALLERGY***

*It is shown significance of gamma-interferon, IG E – antibodies' levels in the screening of allergic diseases among medical workers of allergic pathology's high risk. We revealed the normalization of gamma-interferon and total IgE's high levels after immunocorrection.*

---

**Цель исследования:** изучение уровней иммуноглобулина Е как маркера аллергического воспаления у медицинских работников до и после терапии препаратом «Лимфомиозот» у медицинских работников с повышенным риском аллергической патологии.

**Материалы и методы.** Учитывались данные анамнеза, клинического обследования, показателей общего анализа крови, иммунограммы, уровней общего иммуноглобулина Е, ИНФ-γ, определенных путём проведения непрямого твердофазного иммуноферментного анализа. Статистическую обработку проводили с помощью пакета программ Excel, 2003, а также методом частотного анализа по А.М. Караулову [1,3].

**Основные результаты.** Проведено динамическое клиничко-иммунологическое исследование состояния здоровья 51 медицинских работников, в т.ч. 8 врачей (15,7 %), 37 медсестер (72,5%) и 6 санитарок (11,8%) стационарных отделений г. Минска. Большинство лиц исследуемой группы (46 или 90,2%) были женского пола. В группе сравнения (20 медицинских работников) профессиональный контакт с аллергенами отсутствовал; группа контроля включала 50 здоровых лиц. В течение рабочей смены представители исследуемой группы контактировали со следующими производственными факторами: биологическими (контакт с пациентами, с кровью и другими физиологическими субстанциями) и химическими (антисептики, дезинфицирующие средства, лекарственные препараты и др.).

Согласно данным анамнеза и клиничко-иммунологического обследования, в изучаемой группе медработников аллергическая патология встречалась в 26,5% случаев. Изменения в иммунологическом статусе обнаружены у 90,2 % лиц – в основном в виде нарушения баланса Т-хелперов и Т-супрессоров (иммунорегуляторного индекса) и патологического угнетения активности Т-лимфоцитов, соответствующего 2-й степени иммунных расстройств, что, согласно данным литературы, служит основанием для проведения иммунокоррекции [3]. Выявленные нарушения иммунорегуляторного индекса в большинстве случаев тестировали сдвиг иммунореактивности в сторону аллергического (либо аутоиммунного) процесса. Поэтому нами дополнительно проведено исследование уровней общего IgE, которое обнаружило, что средний уровень Ig E в исследуемой группе на 77 % превысил уровень нормы.

На основании проведенного обследования сформирована группа рис-

ка развития аллергических заболеваний (11лиц). В ней проведена иммунокоррекция комплексным гомеопатическим препаратом «Лимфомиозот» по 10 капель утром и вечером через день в течение 2 месяцев. Данный препарат содержит комплекс иммуномодулирующих препаратов растительного происхождения в сверхмалых потенцированных дозах, что позволяет модифицировать молекулы соответствующих антигенов, в том числе – лекарственных, не подавляя их активности, способствуя естественному иммуномодулирующему эффекту, в отличие от традиционных иммуномодуляторов. Препарат индуцирует выработку организмом собственных механизмов иммунологической защиты к лекарственным антигенам, что способствует более длительной ремиссии хронических аллергозов [2]. Согласно объективным данным, в исследуемой группе до применения препарата «Лимфомиозот» отмечалось чрезмерное повышение уровня антител класса Е (177,01 kU/l)..После курса лечения уровни общего иммуноглобулина Е и гамма-интерферона, одного из ведущих цитокинов Th-1 пути, свидетельствующего о состоянии иммунорегуляторного индекса, вернулись к норме – 92,5kU/l ( см. табл.1, где приведены цифровые показатели уровней общего иммуноглобулина Е в группе сравнения (20 чел.), и у лиц, получавших курс иммунокоррекции (11 чел.).

Данные отечественной и зарубежной литературы свидетельствуют о том, что одним из главных иммунологических маркеров аллергического процесса является уровень иммуноглобулина класса Е (Ig E). После проведенного комплексного лечения, средний уровень Ig E в группе 11 больных, получавших «Лимфомиозот»и антигистаминные средства, уменьшился в 1,92 раза. В группе сравнения (20 лиц), пролеченных только антигистаминными препаратами, средний уровень Ig E уменьшился только в 1,23 раза.

Таким образом, у медицинских работников, получавших препарат, содержащий комплекс растительных иммуномодуляторов в сверхмалых потенцированных дозах, выявлено более значительное снижение уров-

**Таблица 1.**

|   |  |
|---|--|
| Уровень общего иммуноглобулина Е в группе лиц (11 человек), пролеченных препаратом «Лимфомиозот» в сочетании с антигистаминными препаратами, до лечения | Уровень общего иммуноглобулина Е в группе лиц (11 человек), пролеченных препаратом «Лимфомиозот» в сочетании с антигистаминными препаратами, после лечения |
| 177,01 kU/l   | 92,5 kU/l  |
| Уровень общего иммуноглобулина Е в группе сравнения (20 человек, получавших только антигистаминные препараты, до лечения                                | Уровень общего иммуноглобулина Е в группе сравнения (20 человек, получавших только антигистаминные препараты, после лечения                                |
| 165,8 kU/l  | 133,7 kU/l   |

ня иммуноглобулина Е, ответственного за развитие аллергического процесса, что подтверждается следующими примерами:

**Пример 1.**

Медсестра З., 55 лет. При обращении жалобы на высыпания, зуд, жжение в области тыла кисти. На коже рук очаги гиперемии, инфильтрации, трещины, эксфолиации. Обострение заболевания отмечает при контакте с антибиотиками во время работы. До лечения проведено клиническое обследование. Клинические анализы в пределах нормы, анализ крови на иммуноглобулин Е выявил повышение по сравнению с нормой на треть (133,7 кУ/л). Реакция деструкции тучных клеток выявила повышенную чувствительность к цефазолину (28 % при норме до 20 %). Поставлен диагноз: лекарственная аллергия с проявлениями дерматита, сенсibilизация к цефазолину. Проведено лечение: per os антигистаминный препарат дезлоратадин – 10 мг 1 раз в сутки в течение 14 суток и гомеопатический препарат «Лимфомиозот» по 10 капель утром и вечером за полчаса до еды через день в течение 50 суток.

Зуд и жжение прошли в течение 3 суток лечения. Кожные покровы в местах поражения нормализовались в течение месяца. По данным контрольных анализов, уровень иммуноглобулина Е составил 75,0 кУ/л (норма), не было выявлено гиперчувствительности к цефазолину по данным РДТК. В течение 8 месяцев не отмечались рецидивы заболевания.

**Пример 2.**

Медсестра Г., 35 лет. При обращении жалобы на высыпания на коже лица и рук, сопровождающиеся зудом, жжением. На коже данных участков выявлена гиперемия, инфильтрация, шелушение. Жалобы на обострение заболевания в связи с контактом с антибиотиками во время работы. До лечения проведено клиническое обследование. Клинические анализы без патологии, анализ крови на иммуноглобулин Е выявил повышение его уровня (191,3 кУ/л). Реакция деструкции тучных клеток выявила повышенную чувствительность к ампициллину (28 % при норме до 20 %), оксациллину (32 %), кефзолу (26 %). Поставлен диагноз: лекарственная аллергия с проявлениями

дерматита. Сенсibilизация к антибиотикам пенициллинового ряда, цефалоспорином. Проведено лечение: per os антигистаминный препарат дезлоратадин – 10 мг 1 раз в сутки в течение 14 суток и гомеопатический препарат «Лимфомиозот» по 10 капель утром и вечером за полчаса до еды через день в течение 50 суток.

Зуд, жжение, выраженная гиперемия прошли в течение 5 суток лечения. Кожные покровы в местах поражения нормализовались в течение 25 дней. По данным контрольных анализов, уровень иммуноглобулина Е составил 84,0 кУ/л (норма), не было выявлено гиперчувствительности к антибиотикам по данным РДТК. Устойчивый положительный эффект прослежен на протяжении 7 месяцев.

Полученные результаты, подтвержденные приведенными примерами, позволяют сделать вывод, что данный способ является высокоэффективным, поскольку зуд и жжение прекращались в течение 3-5 суток, восстановление кожного покрова происходило в течение месяца, устойчивый лечебный эффект прослеживался на протяжении не менее 7 месяцев, причём клинические данные подтверждены специфическими аллергологическими исследованиями.

**Выводы**

1. Таким образом, при оценке иммунореактивности в обследуемой группе лиц через 2 месяца обнаружена нормализация повышенных показателей общего иммуноглобулина Е у 80,9 % обследуемых медработников.

2. Применение препарата «Лимфомиозот» в группах повышенного риска аллергических заболеваний повышает эффективность лечения, сокращает его сроки и позволяет увеличить время ремиссии хронических аллергических заболеваний.

**Литература**

1. Скепьян, Н. А. Аллергические болезни: дифференциальный диагноз, лечение. – Мн.: «Беларусь», 2000. – С. 92–93.
2. Эпштейн, О. И. Информационные аспекты сверхмалых доз // В книге Зилова В. Г., Судокова К. В., Эпштейна О. И. Информационная биология и медицина. М., 2001. – С. 132–176.
3. Клиническая иммунология: учебник / А. М. Земсков, В. М. Земсков, А. В. Караулов; под ред. А. В. Караулова. – М.: МИА, 1999. – 604 с.