

Спосіб вакцинопрофілактики рецидивів поліпозного риносинуситу відноситься до галузі клінічної медицини, зокрема оториноларингології, клінічної імунології та хірургії. Він може застосовуватися для лікування хворих на вперше виявлений чи рецидивуючий поліпозний риносинусит.

Вакцинопрофілактика у хворих на поліпозний риносинусит - попередження рецидивів захворювання за рахунок імунологічної корекції з використанням бактеріальної аутовакцини для активації як специфічних, так і неспецифічних механізмів захисту. Серед способів вакцинопрофілактики традиційно виділяються, залежно від способу введення.

Основними способами профілактики рецидивів поліпозного риносинуситу є застосування імуномодуляторів, підвищення місцевої і загальної резистентності.

Так, наприклад, відомий спосіб попередження рецидивів, згідно якого, визначають інтерфероновий та імунологічний статус хворих і, в залежності від характеру існуючих відхилень показників, проводять корекцію рекомбінантними інтерферонами та індукторами інтерферону в до- та післяопераційний період (Патент №2140215, RU, автори: Константинов А.Е., Іванченко Г.Ф., Григорян С.С.).

Для корекції місцевої і загальної резистентності застосовують інтраназальне введення інтерферону, наприклад для протирецидивного лікування поліпозного риносинуситу застосовують транскраніальну (за допомогою апарата "Трансаир") електростимуляцію вмісту сироваткових IgA, M, G; T- і B- лімфоцитів, секреторного IgA у виділеннях із носа, досліджують вегетативний тонус хворих за допомогою оксерцевого рефлексу Даньїні-Ашнера, синокаротидного рефлексу (Чекмака, Герінга), холодової та ортостатичної проб. Використання різних доз впливу транскраніальної електростимуляції виявляють домінування парасимпатичного або симпатичного тону, що є значимим у виборі протирецидивного лікування хворих на поліпозний риносинусит (Патент № 2138233, RU, автори: Добринін К.Б., Портенко Г.М., Лубашевський В.Т.).

Існує також спосіб профілактики рецидивів поліпозного риносинуситу, який передбачає проведення вакцинації та ревакцинації бактеріальною аутовакциною після видалення поліпу; вакцинація розпочинається на 3 добу та передбачає десять підшкірних введень 0,1мл бактеріальної аутовакцини кратністю один раз на три доби, а ревакцинація, проводиться через 30 днів після закінчення вакцинації - 7 підшкірних введень 0,1мл бактеріальної аутовакцини (Филатов В.Ф., Калашник М.В., Филатов С.В., Бабич Е.М., Яценко М.И. Использование аутовакцины как способ повышения эффективности лечения больных полипозным этмоидитом //Журнал ушных, носовых и горловых болезней, 2001 .-№1. -с.8-12).

Вищезгаданий спосіб є найбільш близьким по технічній суті та результату, який може бути досягнуто, тому його обрано за прототип.

Основним недоліком відомих аналогів, у тому числі і прототипу є їх недостатня ефективність, яка зумовлена низьким рівнем місцевого впливу на механізми імунологічного захисту та проведення профілактики на фоні додаткової імуносупресорної дії хірургічного втручання.

В основу винаходу покладено задачу підвищення ефективності профілактики рецидивів поліпозного риносинуситу шляхом інтраназального введення бактеріальної аутовакцини.

Задача, яку покладено в основу винаходу, вирішується тим, що у відомому способі вакцинопрофілактики поліпозного риносинуситу, який включає введення аутовакцини після хірургічного видалення поліпів, згідно з винаходом, попередньо у доопераційному періоді проводять інтраназальну вакцинацію бактеріальною аутовакциною у нарощуваній дозі від 100 до 800000 PNU та виконують одну доопераційну ревакцинацію бактеріальною аутовакциною, починаючи з 20 доби після закінчення вакцинації у нарощуваній дозі від 10000 до 800000 PNU та у післяопераційному періоді проводять дві ревакцинації бактеріальною аутовакциною у нарощуваній дозі від 100000 до 800000 PNU: через 2 місяця та через 6 місяців після закінчення вакцинації.

Підвищення ефективності профілактики рецидивів поліпозного риносинуситу досягається тим, що для активізації імунорезистентності хворого та для забезпечення максимально можливого і, в подальшому стабільного, рівня імунологічної резистентності застосовується бактеріальна аутовакцина, інтраназальне введення якої на доопераційному етапі, з подальшою ревакцинацією дозволяє попереджувати розвиток рецидивів захворювання.

Спосіб виконують наступним чином: безпосередньо у натуральних умовах, наприклад, при підготовці хворого до проведення хірургічного видалення поліпів, та у післяопераційному періоді проводять одну вакцинацію та три ревакцинації:

вакцинацію проводять шляхом інтраназального введення бактеріальної аутовакцини у нарощуваній дозі від 100 до 800000 PNU, кількістю 16 інтраназальних введень, які виконують через добу, при цьому першу дозу - 100 PNU подвоюють при кожному наступному введенні.

першу ревакцинацію проводять через 20 днів після закінчення вакцинації шляхом інтраназального введення бактеріальної аутовакцини у нарощуваній дозі від 10000 до 800000 PNU, складається із 8 інтраназальних введень, які проводяться через добу, при цьому перша доза - 10000 PNU подвоюється при кожному наступному введенні.

другу ревакцинацію - через 2 місяці та третю ревакцинацію - через 6 місяців після закінчення вакцинації проводять шляхом інтраназального введення бактеріальної аутовакцини у нарощуваній дозі від 100000 до 800000 PNU, складається із 4 інтраназальних введень, які проводяться через добу, при цьому перша доза -100000 PNU подвоюється при кожному наступному введенні. Приклад, який ілюструє спосіб.

Василь О-ка, 1927р. н.; історія хвороби стаціонарного хворого №13192. Скарги на момент госпіталізації: затруднене носове дихання, порушення нюху, постійні слизові виділення з носової порожнини, головний біль. За допомогою риноскопії встановлено наявність гіперемії та набряку слизової оболонки, слизово-гнійних виділень та поліпозних утворень блідо-рожевого кольору, які виповнюють обидві половини носа. По даним бактеріологічного дослідження слизу носа та ротоглотки встановлена наявність епідермального стафілококу, α -зеленого стрептококу, ентеробактерії аерогенус та γ -типу. У мазку зі слизової оболонки носа має місце 96% нейтрофілів. Імунологічне дослідження виявило зниження Т-клітинного ланцюга (CD4 - 18%, CD8 - 11%), фагоцитарної активності лімфоцитів: 58%, підвищенням лімфоцитотоксичних антитіл до 21%. Діагноз: Поліпозний риносинусит.

Після проведення першої ревакцинації до оперативного втручання оцінювалась ефективність вакцинації по комплексу показників: відновлення функції носового дихання, зменшення кількості патогенної флори на слизовій оболонці носа та ротоглотки, покращення показників резистентності організму хворого, що проявляється

підвищенням фагоцитарної активності лімфоцитів до 76%, питомої ваги субпопуляцій Т-лімфоцитів (CD4 - 32%, CD8 - 12%) та зменшенням рівня лімфоцитотоксичних антитіл до 18%, а також активації місцевих імунних процесів - підвищення кількості еозинофілів до 23%, зменшення кількості нейтрофілів у мазку зі слизової оболонки носа. Клініко-імунологічне обстеження хворого через рік свідчить про те що досягнений позитивний результат залишився на тому ж рівні: фагоцитарна активність лімфоцитів - 78%, питома вага субпопуляцій Т-лімфоцитів (CD4 - 22%, CD8 - 12%), рівень лімфоцитотоксичних антитіл - 15%, а кількість еозинофілів у мазку зі слизової оболонки носа зменшилась до 6%. При риноскопії рецидиву поліпів та патологічних виділень у носі не виявлено, функція носового дихання та нюху достатня. Таким чином, досягнення ефекту від проведеної профілактики пов'язане з активізацією клітинного ланцюга імунітету на фоні зменшення хронічного запального процесу у порожнині носа.