



ІМУНОЛОГІЯ ТА АЛЕРГОЛОГІЯ

НАУКА І ПРАКТИКА

ISSN 2707-1871

ДОДАТОК № 1'2021

IV НАЦІОНАЛЬНИЙ КОНГРЕС
З КЛІНІЧНОЇ ІМУНОЛОГІЇ,
АЛЕРГОЛОГІЇ ТА
ІМУНОРЕАБІЛІТАЦІЇ

19-21
ТРАВНЯ 2021

М. ЧЕРНІВЦІ

a high activity of the systemic inflammatory reaction, which is most pronounced in multi-resistant tuberculosis (23.70 ± 13.39 pg/ml). This cytokine plays a major role in the development of the inflammatory process, the immune response to an infectious factor and damage to the lung tissue with the formation of massive destructive changes. IL-6 is assigned a special role as a "hepatocyte-activating factor", which promotes the induction of the synthesis of many acute-phase proteins of the general inflammatory response, which leads to the release of specific inflammation outside the bronchopulmonary tissue and activation of the "systemic inflammatory response" syndrome. It has been proven that in tuberculosis and COVID-19, an increased level of IL-6 (next to TNF- α and IL10) is significantly associated with a decrease in the chances of recovery and the need for intensive care.

In summary, cytokines have antigen-specific and antigen-independent immune activation. In connection with the strengthening production of IL-6 in pathogenesis these two diseases, builds the ground for the hypothesis that the two members of the different diseases might indeed share common physiopathological mechanisms. Elevated systemic IL-6 levels according to disease severity should be important for determination of higher risk of disease deterioration. Monitoring of the IL-6 or targeting treatment may be a new target for effective treatment.

Ермак О.С.

СУЧАСНІ АСПЕКТИ СИСТЕМНОЇ ТЕРАПІЇ ТА ДІАГНОСТИЧНОГО ПОШУКУ ПРИ АТОПІЧНІЙ ЕКЗЕМІ

Харківський національний медичний університет

Кафедра внутрішньої медицини № 2, клінічної імунології та алергології імені академіка Л.Т. Малої Харків, Україна

Атопічна екзема – це мультифакторне генетично детерміноване хронічне запальне захворювання шкіри, що характеризується свербіжем, рецидивуючим перебігом і поліморфним висипом.

Ціль дослідження – персоніфікований підхід діагностики з використанням багатокомпонентного колориметричного тесту ALEX2 та ImmunoCAP і, таким чином, оптимізація лікування атопічної екземи з використанням можливостей АСІТ.

Матеріали та методи. Хвора А., 21 рік, з дитинства страждає на атопічну екзему із загостренням протягом останнього року. Основні симптоми – виразний свербіж, особливо вночі, поліморфний висип по всьому тілу, множинні осередки ліхеніфікації. SCORAD – 60,9 балів. Лікувалася протягом тривалого часу у дерматолога – без ефекту. Хвора пройшла повний курс обстеження та лікування згідно з європейськими рекомендаціями щодо лікування атопічної екземи. Був проведений курс лікування циклоспорином у дозі

2,5 мг/кг протягом 3-х місяців з позитивним ефектом. Через пів року знов виникло загострення, хворій призначен повторний курс лікування. Зважаючи на неможливість досягнення стійкої ремісії у ході лікування, для отримання повного профілю сенсibilізації з можливими основними та перехресно реагуючими алергенами були проведені багатокомпонентний колориметричний тест ALEX2, а також IgE антитіла до стафілококкового ентеротоксину ImmunoCAP.

Отримані результати.

Висновок багатокомпонентного колориметричного тесту ALEX2: Total Ig E - 1381 kUA\L; PR-10: AIn g 1 – 5.27 kUA\L, Bet v 1 – 36,74 kUA\L, Cor a 1.0103 – 12.12 kUA\L, Fag s 1 – 6.26 kUA\L, Gly m 4 – 1.92 kUA\L, Mal d 1 – 10.48 kUA\L, Api g 1 – 10.48 kUA\L, Dau c 1 – 7.72 kUA\L, Cor a 1.0401 -6.85 kUA\L; Plant Defensin: Amb a 4 – 16.81 kUA\L, Art v 1 – 27.21 kUA\L; nsLTP: Par j 2 – 1.88 kUA\L; Uteroglobin: Can f_Fd1 – 16.51 kUA\L, Fel d 1 – 40,3 kUA\L. Визначені лабораторні ознаки сенсibilізації до мажорних алергокомпонентів: береза (Bet v 1), вільха (AIn g 1), ліщина (Cor a 1.0103), полин (Art v 1), яблуко (Mal d 1), селера (Api g 1), морква (Dau c 1), фундук (Cor a 1.0401), кіт (Fel d 1). Результати визначення IgE антитіла до стафілококкового ентероток-

сину: ентероксин А – 0.50 kUA\l (1 клас), ентероксин В – 1.04 kUA\l (2 клас), ентеротоксин С – 3.23 kUA\l (2 клас), ентеротоксин TSST – 0.71 kUA\l (2 клас). Приймаючи до уваги весь профіль сенсibilізації, можна дати рекомендації щодо виключення контактів з потенційними алергенами (епідермальними алергенами, представниками сімейства PR-10), а також розглянути у схемі лікування алергенспецифічну імунотерапію та прогнозувати її високу ефективність.

Висновки. Системна терапія була і залишається на сьогоднішній день необхідним напрямком лікування при важкій atopічній екземі з рефрактерним перебігом захворювання. Проте, у багатьох алергологічних хворих, що мають IgE-залежну сенсibilізацію, цього недостатньо. Молекулярна діагностика дозволяє застосувати один з найбільш ефективних, спеціалізованих методів лікування алергічних захворювань, в основі яких лежить I тип алергії за класифікацією Джела і Кумбса, а саме – алерген-специфічну імунотерапію. Це дозволяє отримати повний діагностичний профіль алергічної патології і, таким чином, підібрати індивідуальні рекомендації, персоналізувати схему лікування та профілактики для кожного окремого пацієнта.