



ІМУНОЛОГІЯ ТА АЛЕРГОЛОГІЯ

НАУКА І ПРАКТИКА

ДОДАТОК до № 3'2012

РЕДАКЦІЙНА КОЛЕГІЯ

Медицинські науки:

Бережна Н.М.
Бутенко Г.М. (науковий консультант)
Білоглазов В.О.
Возіанова Ж.І.
Драннік Г.М. (головний редактор)
Дряньська В.Є.
Курченко А.І. (заступник головного редактора)
Лісяний М.І.
Малишев В.О.
Мельников О.Ф.
Пухлик Б.М.
Чернишова Л.І.
Чернушенко К.Ф.
Широбоков В.П.

Біологічні науки:

Бичкова Н.Г.
Мінченко Ж.Д.
Нікуліна Г.Г.
Руденко А.В.
Співак М.Я.

РЕДАКЦІЙНА РАДА

Бажора Ю.І. (Одеса), Господарський І.Я. (Тернопіль), Гриневиц Ю.А. (Київ), Дзяк Г.В. (Дніпропетровськ), Дитятківська Є.М. (Дніпропетровськ), Заболотний Д.І. (Київ), Зайков С.В. (Вінниця), Кайдашев І.П. (Полтава), Лоскутова І.В. (Луганськ), Мазепа М.А. (Івано-Франківськ), Нікольський І.С. (Київ), Охотнікова О.М. (Київ), Прилуцький О.С. (Донецьк), Сидорчук І.И. (Чернівці), Недельська С.М. (Запоріжжя), Фещенко Ю.І. (Київ), Фролов В.М. (Луганськ), Чернишов В.П. (Київ), Чоп'як В.В. (Львів), Чумак А.А. (Київ)

ЗАСНОВНИКИ

ДУ «Інститут Урології АМН України»
Українське товариство фахівців з імунології, алергології та імунореабілітації
Свідчення про державну реєстрацію КВ № 15721-4193Р від 08.10.2009 р.
Атестовано Вищою атестаційною комісією України постанови Президії ВАК № 1-05/5 від 01.07.2010 р.

АДРЕСА РЕДАКЦІЇ

04053, м. Київ, вул. Ю. Коцюбинського, 9^а
Інститут Урології АМН України
Рекомендовано до друку Вченою Радою ДУ «Інститут Урології АМН України»,
протокол № 9 від 24.10.2012

Зверстано і надруковано в ТОВ «Поліграф плюс»,
03062, м. Київ, вул. Тупольова, 8; тел: (044) 502-39-78,
e-mail: office@poligraph-plus.kiev.ua

клінічних форм первинного туберкульозу. Імунологічне обстеження включало визначення показників клітинного та гуморального імунітету. У хворих на туберкульоз дітей з локалізованим пародонтитом, мешканців радіаційно забруднених територій, спостерігалось зниження в 1,6 раза кількості Т-лімфоцитів, пригнічення в 2,2 раза їх функціональної активності. У дітей з хронічним катаральним гінгівітом це зниження показників клітинного імунітету було менш вираженим – зниження кількості Т-лімфоцитів у порівнянні з даними норми було лише в 1,3 раза, а їх функціональна активність була знижена в 1,5 раза. Порушення в В-ланці імунітету проявилася зростанням кількості В-лімфоцитів у 1,6 раза при локалізованому пародонтиті і в 1,3 раза – при катаральному гінгівіті. Дисбаланс імуноглобулінів різних класів теж був більш вираженим у дітей з локалізованим пародонтитом. Рівень циркулюючих імунних комплексів в 2,4 раза перевищував дані норми у дітей з пародонтитом і в 1,9 раза – з хронічним катаральним гінгівітом, що свідчать про більш виражену активність патологічного процесу у дітей з локалізованим пародонтитом, ніж катаральним гінгівітом. Вміст мікробних антитіл до найпоширеніших мікробних антигенів переважав дані норми в 2,7 раза у дітей з пародонтитом і в 1,9 раза – у дітей з катаральним гінгівітом. Виявлені порушення показників імунологічної реактивності організму вказують на пригнічення як клітинної, так і гуморальної ланок імунітету у дітей з патологією пародонта на тлі клінічних форм первин-

ного туберкульозу, що віддзеркалює взаємозв'язок між станом тканин пародонта й імунологічною реактивністю організму у осіб, які постійно проживають на територіях радіаційного забруднення.

ІНТЕРЛЕЙКІН - 2, ІНТЕРЛЕЙКІН -6, ТА ІНТЕРЛЕЙКІН -10 У СИРОВАТЦІ КРОВІ ТА ПЕРИТОНЕАЛЬНІЙ РІДИНІ У ЖІНОК З ЕНДОМЕТРІОЗОМ АСОЦІЙОВАНИМ З БЕЗПЛІДДЯМ

Коваль Г.Д.

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці

Метою роботи було провести порівняльну характеристику системного (сироватка крові) та локального (перитонеальна рідина) рівнів інтерлейкінів-2, 6 та 10 та визначити діагностичну цінність цих досліджень.

Досліджувану групу склали 54 пацієнтки з ендометріозом асоційованим з безпліддям. Контрольну групу склали 33 жінки з трубним фактором безпліддя. Перитонеальну рідину отримували під час лапароскопії. Цитокіни досліджували імуноферментним методом.

Результати та висновки. Рівень ІЛ-2 в перитонеальній рідині становив 114,4 пг/мл, тоді як в контролі лише 3,2 пг/мл. В сироватці хворих рівень ІЛ-2 був 7,4 пг/мл тоді як в контролі становив аж 29,5 пг/мл. Тобто, у пацієнтів з безпліддям на фоні ендометріозу відмічається значне зростання рівня ІЛ-2 в перитонеальній рідині та зниження в сироватці крові. Рівні ІЛ-6 в перитонеальній рідині зростали до 102,7 пг/мл проти контролю 4,8 пг/мл, а в сироватці крові залишались майже незмінними – 18,2 пг/мл про-

ти 17,3 пг/мл. Отже, для ІЛ-6 у жінок з безпліддям на фоні ендометріозу є характерним значне зростання рівня в перитонеальній рідині при практично незмінних рівнях в сироватці крові. Рівень ІЛ-10 збільшилися в перитонеальній рідині пацієнок з ендометріозом до 209,3 пг/мл проти 89,4 пг/мл в контролі, а в сироватці крові відмічалася значно нижча тенденція до зростання ІЛ-10 – 178,7 пг/мл в дослідній групі проти 143,9 пг/мл в контролі. Таким чином, у жінок з безпліддям асоційованим з ендометріозом відмічається тенденція до значного зростання в перитонеальній рідині ІЛ-2, ІЛ-6 та ІЛ-10 відповідно та зниження ІЛ-2 в сироватці крові, тоді як концентрації ІЛ-6 та ІЛ-10 в сироватці крові суттєво не відрізнялися.

ИММУНОПАТОГЕНЕЗ ХРОНИЧЕСКОГО МОЧЕПОЛОВОГО ХЛАМИДИОЗА И ВОЗМОЖНОСТИ ОПТИМИЗАЦИИ ТЕРАПИИ

Дриянская В.Е., Дранник Г.Н., Возианов С.А., Дриянская В.В.¹, Порошина Т.В.

ГУ «Институт урологии НАМНУ»;
ГНУ «НПЦПКМ» ГУД¹, Киев, Украина

Хронический мочеполовой хламидиоз (ХМПХ) – важная медико-социальная проблема современности.

Цель работы - выявить особенности HLA-фенотипа, продукции цитокинов, экспрессии молекул адгезии, маркеров апоптоза у больных ХМПХ для разработки эффективных схем терапии.

Материалы и методы. Лабораторная диагностика проводилась с помощью ПЦР-реакции, ПИФ, ИФА. Исследования спонтанной (СП) и индуцированной (ИП) продукции ФНО- α ,

ИЛ-1, -2, -4, -10, γ -ИФ и ТФР- β проводились у 54 больных с помощью ИФА и тест-систем «Протеиновый контур» (РФ), «Immunotech», «Diaclon» (Франция), DRG (Германия). С помощью метода непрямой иммунофлуоресценции определяли уровни CD-54+ (ICAM-1) и CD95+ клеток крови. Контрольная группа – 20 здоровых доноров. Обследовано 39 пациентов через месяц после 3-х этапного лечения с использованием антибиотиков (Аб), рекомбинантного α -2 β интерферона (Лаферона), тималина и манакса, а также 25 – только Аб.

Результаты. Показано достоверное снижение продукции ИЛ-12, повышение СП и снижение ИП секреции ИЛ-1 β («дефицит резерва»); низкую СП ФНО- α при монохламидиозе и высокую (со снижением ИП) при микст-инфекции ($p < 0,05$). Исследования Т-хелперов (Т-х) 1 выявили снижение СП и ИП продукции ИЛ-2, снижение СП γ -ИФ при сохранении резервных возможностей клеток по его ИП. У пациентов имеет место достоверное повышение секреции ИЛ-4 Т-х 2, а также СП ИЛ-10 (со снижением ИП) и ТФР- β ($p < 0,05$) Т-регуляторными (Т-рег). Исследования продемонстрировали достоверное повышение уровня маркеров активации лимфоцитов крови у больных - число CD95+ ($37 \pm 3,1\%$) и CD54+ ($35 \pm 2,5\%$) клеток достоверно превышали эти показатели у здоровых (соответственно $15 \pm 1,6\%$ и $19 \pm 2,6\%$) ($p < 0,001$). Иммуногенетические исследования (по Терасакки) выявили предрасположенность к ХМПХ, обусловленную HLA-A10, HLA-B27, -B51, HLA-DR5,-2,-7, что ассоциировало со снижением про-