



ІМУНОЛОГІЯ ТА АЛЕРГОЛОГІЯ

3'2007

НАУКОВО-ПРАКТИЧНИЙ ЖУРНАЛ

РЕДАКЦІЙНА КОЛЕГІЯ

Бережна Н.М.
Бутенко Г.М. (науковий консультант)
Белоглазов В.А.
Возіанова Ж.І.
Драннік Г.М. (головний редактор)
Курченко А.І. (відповідальний секретар)
Лісяний М.І.
Малижев В.О.
Мельников О.Ф.
Пухлик Б.М.
Чернишова В.Ф.
Чернушенко К.Ф.
Широбоков В. П.

РЕДАКЦІЙНА РАДА

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

АДРЕСА РЕДАКЦІЇ

04053, м. Київ, вул. Ю. Коцюбинського, 9^а
Інститут Урології та нефрології АМН України
Рекомендовано до друку редакційною колегією журналу «Імунологія та алергологія»,
протокол № 36 від 28.09.2007

ЗАСНОВНИКИ

Міністерство охорони здоров'я України
Українське товариство фахівців з імунології, алергології та імунореабілітації

Підписано до друку 14.11.2006. Формат 60x84^{1/8}. Папір офсетний. Друк офсетний.
Ум. арк. 19,0. Наклад 1000. Замовл. № 14/11-1.

Зверстано і надруковано в ТОВ «Поліграф плюс». 03040, м. Київ, вул. Бурмістенко, 13.
тел. (044) 2589414; (044) 2373088; (044) 2373880.
E-mail: poligraf_p@mail.ru

ІМУНОМОДУЛЮЮЧІ ВЛАСТИВОСТІ КЛІТИН ЕМБРІОНАЛЬНОГО МОЗКУ (Огляд літератури) Любич Л.Д.....	
ІМУНОМОДУЛЮЮЧІ ВЛАСТИВОСТІ ЕХІНАЦЕЇ ПУРПУРОВОЇ Нікольський І.С., Тарануха Л.І.....	
ОСОБЕННОСТИ ВРОЖДЕННОГО ИММУНОЛОГИЧЕСКОГО ОТВЕТА И ВОСПАЛЕНИЕ Куюн Л.А.....	
Клінічні особливості полінозу у мешканців м. Києва О.М. Гіріна, Л.І. Романюк, Л.Д. Вітик.....	
СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ ИММУНИТЕТА У БОЛЬНЫХ УРОГЕНИТАЛЬНЫМ КАНДИДОЗОМ Зачеславский А.Н., Костев Ф.И.....	
СТІЙКІСТЬ ДО АПОПТОЗУ, ІНДУКОВАНОГО ЗВ'ЯЗУВАННЯМ МОЛЕКУЛ МНС ІІ КЛАСУ МОНОНУКЛЕАРНИХ КЛІТИНАХ ПЕРИФЕРИЧНОЇ КРОВІ ХВОРИХ НА АТОПІЧНУ БРОНХІАЛЬНУ АСТМУ: РОЛЬ АПОПТОЗ-РЕГУЛЯТОРНИХ БІЛКІВ Мамонтова Т.В., Кайдашев І.П.....	
ГУМОРАЛЬНА ІМУННА ВІДПОВІДЬ ПРИ КАНДИДОЗНІЙ ІНФЕКЦІЇ ПІХВИ У ВАГІТНИХ Голубнича В. М.....	
Факторы аутоиммунитета и аллергии в периферической крови больных полипозным риносинуситом О.Ф. Мельников, А.В. Лупырь.....	
Сравнительная характеристика влияния синтетических аналогов лей-энкефалина и его производных бензодиазепина на пролиферативную активность спленоцитов и первичный иммунный ответ при остром эмоционально-болевым стрессе у мышей линии СВА/Са. Возрастные аспекты Немтинов П. И., Устименко А. Н., Магдич Л. В., Родниченко А. Е., Бутенко Г. М.....	
ЖИРНОКИСЛОТНИЙ СПЕКТР ЛІПІДІВ ПОТУ У ХВОРИХ НА ПОЛІНОЗ З ПЕРЕХРЕСНОЮ ХАРЧОВОЮ АЛЕРГІЄЮ ПІД ВПЛИВОМ КОМПЛЕКСНОГО ЛІКУВАННЯ КАРБЮЛОЗОЮ ТА ПОЛЯРИЗОВАНОГО ПОЛІХРОМАТИЧНОГО СВІТЛА Романюк Л.І., Кузнецова Л.В.....	
ОСОБЛИВОСТІ ІМУННОЇ ВІДПОВІДІ НА АЛОАНТИГЕН ПРИ ВНУТРІШНЬОМ'ЯЗОВОМУ ВНУТРІШНЬОМОЗКОВОМУ ВВЕДЕННІ Лісяний М. І., Тормасова А. І.....	
МОЖЛИВІСТЬ ВИКОРИСТАННЯ ФІТОРАБДОВІРУСУ ВКК ДЛЯ ІНДИКАЦІЇ АНТИТІЛ СПЕЦИФІЧНИХ ДО ВІРУСУ СКАЗУ Сабірова Т. Ю., Діденко Л. Ф., Ганова Л. О., Слівак М. Я.....	
Дослідження рівню специфічного імуноглобуліну Е до алергенів пліснявих грибів у хворих на хронічну мікробну екзему Кайдашев І. П., Попова І. Б.....	
РІВЕНЬ CD95+ -КЛІТИН ТА ОСОБЛИВОСТІ ПРОДУКЦІЇ ФНП- α І ТФР- β У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ПІЄЛОНЕФРИТ Дріянська В.Є., Сидоренко Є.В., Степанова Н.М., Драннік Г.Г., Фесенкова В.Й., Калініна Н.В., Драннік Г.М.....	
Рівень секреторного лейкопротеазного інгібітора (SLPI) і інтерлейкіну-8 в еякуляті та сироватці крові хворих на хронічний абактеріальний простатит Драннік Г.М., Порошина Т.В., Горпинченко І.І., Дріянська В.Є., Ромащенко О.В., ² Філонов Д.М., Фесенкова В.Й., ¹ Погоріла Л.І.....	
Исследование функциональной активности мононуклеарных клеток периферической крови больных герпетической инфекцией по продукции TNF- α и IL-12 Деркач М.И., Дранник Г.Н., Фесенкова В.И., Курченко А.И.....	
ПРИМЕНЕНИЕ НУКЛЕИНАТА В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ РЕЦИДИВИРУЮЩЕЙ ГЕРПЕТИЧЕСКОЙ ИНФЕКЦИИ Прилуцкий А. С., Сергиенко А. С., Лесниченко Д. А.....	
ВЛИЯНИЕ НУКЛЕИНАТА НА СОСТОЯНИЕ МАКРОФАГАЛЬНОЙ ФАГОЦИТИРУЮЩЕЙ СИСТЕМЫ БОЛЬНЫХ С СИНДРОМОМ ПОВЫШЕННОЙ УТОМЛЯЕМОСТИ Фролов В.М., Лоскутова И.В., Пересадин Н.А.....	
РАСПРЕДЕЛЕНИЕ УРОВНЕЙ АНТИЭНДОТОКСИНОВЫХ АНТИТЕЛ РАЗНЫХ КЛАССОВ И РАЗЛИЧНОЙ СПЕЦИФИЧНОСТИ В СЛЮНЕ И КРОВИ ЗДОРОВЫХ ЛЮДЕЙ А.И. Гордиенко, Н.В. Лукоянова, Н.В. Химич, А.А. Бакова.....	
АЗИТРОМИЦИН (ЗИТРОМАКС) КАК ПРЕПАРАТ ВЫБОРА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ИНФЕКЦИЙ ВЫЗВАННЫХ CHLAMYDIA TRACHOMATIS Мавров Г.И., Нагорный А.Е.....	
II Національного конгресу з імунології, алергології та імунореабілітації на тему "Сучасні досягнення клінічної імунології й алергології" Тези доповідей.....	

организма. В клинической практике большое диагностическое значение имеет оценка ее интенсивности с помощью кожных проб и лабораторных иммунологических тестов. В практической физиатрии возникают диагностические проблемы при оценке как гиперергических, так и отрицательных реакций на туберкулин. Отмечена высокая заболеваемость туберкулезом лиц с гиперергической туберкулиновой чувствительностью, которая регистрируется как у практически здоровых лиц, так и при неспецифических заболеваниях легких («группы риска»). Туберкулиновая гиперергия способствует также усилению процессов распада легочной ткани у больных туберкулезом. Она обусловлена как длительным антигенным воздействием, так и парааллергическими механизмами при неспецифической патологии и аллергиях.

Диагностические трудности возникают и у лиц с отрицательными реакциями на туберкулин у лиц, инфицированных МБТ, и больных туберкулезом. Отрицательные реакции рассматриваются как ареактивность, связанная с тяжелыми нарушениями иммунной системы. В настоящее время существует гипотеза, объясняющая туберкулиновую анергию нарушением взаимодействия ИКК, цитокиновым дисбалансом и др. факторами.

Анализ клинической симптоматики и проведение обследования состояния иммунной системы и характера специфических реакций позволяет оценить патогенетическую роль туберкулиновой аллергии и направление профилактики и терапии лиц, инфицированных МБТ и больных туберкулезом.

ИНФЕКЦИОННО-ИМУНОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ, ПРОЖИВАЮЩИХ ВБЛИЗИ ТЭС

Куляс В.М., Трунова О.А., Жданов В.В.* , Ермаченко А.Б.

Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького,

*** Луганская городская санитарно-эпидемиологическая станция**

Одной из крупнейших в Донбассе является Луганская ТЭС, интенсивно загрязняющая атмосферу г. Счастье, в зоне жилой застройки которого в 2006 г. определялось превышение предельно допустимых концентраций: по пыли в 1.1 – 1.2 раза, по меди в 1.75 раза, по свинцу в 2.2 раза. Наиболее восприимчивы к воздействию экogenous факторов дети. Установлено, что уровень детской заболеваемости за последние 5 лет увеличился на 20.2 % и 74.05 % ее приходится на заболевания органов дыхания, 4.1 % - органов пищеварения, 2.97 % - системы кровообращения. Проведенные расчеты связи между количеством выбросов загрязняющих веществ и заболеваемостью детского населения г. Счастье показало наличие положительной корреляционной связи средней силы (+0,65, $m = +0,18$), с коэффициентом регрессии 0,896. Нами изучен микробный пейзаж верхних дыхательных путей и некоторые показатели местного иммунитета практически здоровых детей, проживающих как в зоне загрязнения атмосферного воздуха ТЭС, так и на экологически чистой территории. Было обследовано 202 ребенка в возрасте 4 – 6 лет, посещающих детские дошкольные учреждения в г. Счастье и живущих как на расстоянии до 3,0 км (1 группа – 118 чел.), так и от 3,0 до 10,0 км (2 группа – 84 чел.) от ТЭС. Контрольную группу (92 чел.) составили дети, проживающие в экологически чистой местности. Микрофлора носоглотки изучалась стандартными тест-системами Staphy Test, Strepto Test и Entero Test (LaChema, Чехия). Глубокая аутофлора кожи - методом "отпечатков" с предплечья. В слюне определяли уровни лизоцима (нефелометрия), IgA, IgG и s-Ig A («Медицинская иммунология», Москва). Установлено, что в микрофлоре слизистой оболочки зева у детей основных групп преобладали Staphylococcus (St. aureus и St. Sanguis) и Neisseria. В биоценозе носа детей основных групп выделяли Staphylococcus с доминированием St. aureus, Micrococcus и Corinebacteria. Следует отметить, что, чем ближе к ТЭС жили дети, тем ярче в микробном пейзаже их носоглотки преобладала патогенная и условно патогенная микрофлора. В глубокой микрофлоре кожи детей, проживающих на загрязненной территории, доминировал гемолитический стрептококк и Staphylococcus aureus.

О напряженном механизме адаптации к загрязняющим факторам воздушной среды свидетельствовали повышенные уровни в слюне детей основных групп лизоцима, IgG и s-IgA.

Выводы:

1. Микробный пейзаж верхних дыхательных путей и глубокой микрофлоры кожи детей, живущих вблизи ТЭС, характеризуется преобладанием патогенных и условно патогенных микроорганизмов, что свидетельствует о значительном снижении неспецифической резистентности их организмов.

2. Загрязняющие атмосферный воздух факторы оказывают преимущественно раздражающее действие на систему местного иммунитета детей, проживающих вблизи ТЭС, и ведет к напряженному ее функционированию.

3. Детей, проживающих в зоне влияния выбросов предприятий теплоэнергетики, следует отнести в группу риска для своевременного проведения комплекса профилактических мероприятий, направленных на повышение неспецифической резистентности организма.

ТИПЫ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИ ЗНАЧИМЫХ НАРУШЕНИЙ У ДЕТЕЙ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

Гончарук С.Ф., Бажора Ю.И

Одесский государственный медицинский университет

На протяжении нескольких лет проводился анализ течения бронхиальной астмы (БА) у 543 детей по данным клинического (количество и характер обострений, особенности клинических проявлений в периоде ремиссии, наличие сопутствующих заболеваний), функционального (пикфлоуметрия и спирография), аллергологического (скарификационные тесты и иммуноферментная алергодиагностика) и иммунологического обследования. Анализ проводился в сравнительном аспекте - в зависимости от возраста, давности возникновения и степени тяжести заболевания. В результате установлено, что в отличие от взрослых пациентов, течение БА у детей характеризуется не однородностью - выявлены два основных типа патогенетически значимых нарушений, которые формировались у пациентов и в значительной степени определяют особенности клинического течения заболевания. При первом типе преобладают клинко-патогенетические нарушения, обусловленные высоким уровнем сенсибилизации организма, тогда как при втором обусловленные преимущественно воспалительными процессами в бронхолегочной системе аллергического генеза. Первый тип нарушений наблюдается преимущественно у детей младших возрастных групп (до 6 лет), при незначительной давности заболевания, при интермиттирующем и частично при легком персистирующем течении БА, при преобладании пищевой сенсибилизации и наличие кожных аллергических заболеваний, при преобладании нарушений в клеточном звене иммунного гомеостаза и бронхиальной обструкции преимущественно выраженной на уровне мелких бронхов. Для второго типа нарушений характерно преобладание реакций на ингаляционные аллергены (аэрополлютанты, бытовые и пыльцевые аллергены), высокая частота реакций на физические ирританты (физическая нагрузка, вдыхание холодного воздуха, изменение метеоусловий), наличие нарушений в гуморальном звене иммунитета (высокие уровни ЦИК и аутоантител к тканевым алергенам, снижение содержания комплемента) и генерализованной бронхолегочной обструкции, наличие аллергического ринита и других заболеваний носоглотки, а также вегетативных дисфункций. Данный тип нарушений наблюдается преимущественно у детей старше 8-9 лет, со значительной давностью заболевания и при персистирующей БА.

Выделение двух типов патогенетически значимых нарушений позволяет дифференцировать проведение базисной терапии, а также обуславливает необходимость назначения базисной терапии у детей с интермиттирующим течением БА.

К ВОПРОСУ ОБ ЭФФЕКТИВНОСТИ НАЗНАЧЕНИЯ ЛЕЧЕБНЫХ ФИЗИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ В ИММУНОМОДУЛИРУЮЩЕЙ ТЕРАПИИ ЧАСТО И ДЛИТЕЛЬНО БОЛЕЮЩИХ ДЕТЕЙ

Гончарук С.Ф., Касьяненко А.В.

Одесский государственный медицинский университет

К основным преимуществам использования лечебных физических факторов (ЛФФ), по сравнению с