



ІМУНОЛОГІЯ ТА АЛЕРГОЛОГІЯ

НАУКА І ПРАКТИКА

ДОДАТОК № 1'2012

РЕДАКЦІЙНА КОЛЕГІЯ

Медицинні науки:

Бережна Н.М.
Бутенко Г.М. (науковий консультант)
Білоглазов В.О.
Возіанова Ж.І.
Драннік Г.М. (головний редактор)
Дріянська В.Є.
Курченко А.І. (заступник головного редактора)
Лісяний М.І.
Малижев 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), Гріневич 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.Й. (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

Свідотство 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 № 3 від 24.03.2012

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

desing

до 8.119,120

ТЕЗИ ДОПОВІДЕЙ

XIII УКРАЇНСЬКОЇ НАУКОВО-ПРАКТИЧНОЇ КОНФЕРЕНЦІЇ
З АКТУАЛЬНИХ ПИТАНЬ КЛІНІЧНОЇ ТА ЛАБОРАТОРНОЇ ІМУНОЛОГІЇ,
АЛЕРГОЛОГІЇ І ІМУНОРЕАБІЛІТАЦІЇ

26-27 квітня 2012 р.

**ЦИТОКИНО-ЕНЗИМУРИЧНІ
МАРКЕРИ ОЦІНКИ
ФУНКЦІОНАЛЬНОГО СТАНУ
ПАРЕНХІМИ НИРКИ У
ДІТЕЙ З ОБСТРУКТИВНИМ
МЕГАУРЕТЕРОМ (ОМУ)***Мигаль Л.Я., Нікуліна Г.Г., Сербіна І.Є.,
Драннік Г.М., Калініна Н.А.,
Петербургський В.Ф., Сеймівський Д.А.,
Калищук О.А.*ДУ «Інститут урології НАМН України»,
ДУ «Інститут нефрології НАМН України»,
м. Київ

Враховуючи місце ОМУ у формуванні хронічної ниркової недостатності у дитячому віці, його справедливо відносять до найбільш тяжких форм обструктивних уропатій у дітей. Виникнення та прогресування обструктивного процесу у хворих на ОМУ внаслідок розладу гемодинаміки супроводжується розвитком гіпоксії (ішемії), виявити яку можна при дослідженні у сечі вмісту певних цитокінів та активності ензимів каналцевого походження. З огляду на те, що у дитячому віці зворотний розвиток хронічного ушкодження нирок та відновлення функції органу потенційно є можливим, метою роботи стала оцінка функціонального стану паренхіми нирки до та після відновлення уродинаміки верхніх сечових шляхів за вмістом трансформуючого фактору росту $\beta 1$ (TGF- $\beta 1$) – профіброгенного цитокіну, фактору некрозу пухлин- α (ФНП- α) – прозапаль-

ного цитокіну, та рівнів активності N-ацетил- β -D-глюкозамінідази (НАГ) і β -галактозидази (β -Гал) – умовно реноспецифічних ензимів, у сечі дітей з ОМУ. Обстежено 44 дитини до та 19 пацієнтів через 12 місяців після реконструктивних операцій та 25 практично здорових дітей такого ж віку та статі (контроль).

Аналіз результатів визначення рівнів TGF- $\beta 1$, ФНП- α та активності НАГ та β -Гал у сечі хворих з ОМУ до операції показав, що рівні перелічених показників у цих пацієнтів вірогідно перевищували аналогічні показники контролю ($p < 0,01-0,001$), що безумовно свідчить про суттєве порушення функціонального стану паренхіми нирок у доопераційному періоді. Відновлення уродинаміки після хірургічної корекції не завжди супроводжувалося нормалізацією внутрішньониркової гемодинаміки (25% випадків), що є віддзеркаленням розвитку та прогресування ішемічних процесів. Обстеження пацієнтів на вміст TGF- $\beta 1$ та ФНП- α через 12 місяців після операції показало, що лише у 42,1% та у 63,2% хворих відповідно констатовано зниження активності фібропластичного процесу до рівня референтної групи. Активність НАГ сечі проти доопераційних даних зменшилася у 73,7% дітей у середньому на $51,7 \pm 6,3\%$, активність β -Гал сечі – у $57,9\%$ хворих у

середньому на $45,5 \pm 8,1\%$. Тобто, за даними визначення як цитокінових (TGF- $\beta 1$, ФНП- α), так і ензимуричних (активність НАГ та β -Гал) показників, відновлення функціонального стану паренхіми нирки у післяопераційному періоді має місце не у всіх дітей і не в повному обсязі.

Отже, як показали наші результати, виявлені зміни показників, що досліджувалися, доцільно використовувати як неінвазивні та інформативні маркери оцінки функціонального стану паренхіми нирок у дітей з ОМУ як до, так і після оперативного втручання.

**ПРОГНОЗУВАННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ
ІМУНОТРОПНОЇ ТЕРАПІЇ У ДІТЕЙ,
ХВОРИХ НА ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТ
З НЕФРОТИЧНИМ СИНДРОМОМ***Мигаль Л. Я., Багдасарова І. В.,
Фоміна С. П., Король Л. В.*ДУ «Інститут нефрології НАМН України»,
м. Київ

Необхідність довготривалого лікування, схильність до хронізації патологічного процесу та можливість розвитку хронічної ниркової недостатності визначають актуальність проблеми гломерулонефриту (ГН), зокрема ГН з нефротичним синдромом (НС), у дітей. Вдосконалення методів прогнозування результатів лікування ГН з НС та відповідно його перебігу у дітей є складовою програми щодо запобігання прогресування та хронізації патологічного процесу в нирках. Параметри, що відбивають насамперед функціональний стан паренхіми нирок, займають вагомe місце у прогресування ГН з НС. Зважаючи на те, що нирки є найбільшим джерелом ензимів, які виявляються у сечі, визначення активності ензи-

мів сечі на сьогодні вважається найбільш інформативним методом, що об'єктивно відбиває функціональний стан паренхіми нирок, зокрема функціональний стан каналцевого відділу нефрону. З метою дослідження ензимологічних критеріїв прогнозування ефективності імунотропної терапії у дітей, хворих на ГН з НС, до початку програмного лікування (глюкокортикоїди, цитостатики) у сечі 83 пацієнтів віком від 2 до 17 років та у 25 практично здорових дітей аналогічного віку та статі та без захворювань нирок в анамнезі (контрольна група) проведено визначення активності тубулярного лізосомного ензиму N-ацетил- β -D-глюкозамінідази (НАГ), що має певні реноспецифічні властивості.

З урахуванням результатів лікування дітей, хворих на ГН з НС, ретроспективно, було поділено на групи: група «а» – 50 хворих – у яких в результаті лікування діагностовано повну клініко-лабораторну ремісію; група «б» – 12 хворих – з частковою клініко-лабораторною ремісією; група «в» – 21 хворий, у яких ефект від лікування був відсутнім.

За результатами індивідуального аналізу встановлено, що у кожній групі окремо збільшення вихідних рівнів активності НАГ сечі вище за середнє значення контролю ($11,64 \pm 0,72$ мкмоль р-нітрофенолу/год/ммоль креатиніну) у 9-11 разів дозволяє прогнозувати, що патогенетична терапія буде ефективною, збільшення у 15-17 разів – частково ефективною, збільшення у 20 та більше разів – неефективною.

Отже, за результатами наших досліджень, визначення активності НАГ у сечі дітей, хворих на ГН з НС

переважало сільське населення, найвищі показники поширеності БА серед дітей мали місце у Городоцькому, Жовківському і Золочівському районах і перевищували СОП.

При вивченні захворюваності дітей Львівщини на БА встановлено, що показник в середньому становив 0,5 на 1000 дитячого нас., при цьому в містах захворюваність була вищою у 2,7 рази, чим на інших адміністративних районних територіях. Суттєвої різниці у показниках інцидентності в окремі роки не виявлено. Для міських території найвищі показники зареєстровано у м. Моршині у 2010 році (2,73) та м. Червонограді: 1,72 та 1,56 на 1000 дитячого нас. у 2009 та 2010 роках відповідно. Перевищення СОП зареєстровано у Радехівському (1,06 на 1000 дитячого нас.) у 2009 та у продовж двох років у Жовківському (1,05 і 0,79) районах.

Таким чином, проблема БА у дітей є актуальною для Львівщини. Нерівномірність розподілу захворюваності та поширеності БА серед дітей у розрізі адміністративних територій потребує детального вивчення для з'ясування чинників ризику, що дозволить оптимізувати профілактичні програми.

ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ АСПЕКТЫ МОНИТОРИНГА ТЕЧЕНИЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ДЕТЕЙ

Гончарук С.Ф., Бажора Ю.И.,
Касьяненко А.В.

Динамика течения бронхиальной астмы (БА) в детском возрасте, быстрое достижение клинического эффекта благодаря правильно подобранной курсовой терапии определяет актуальность периодической оценки течения заболевания

и пересмотра терапии. Актуальным является создание комплекса мониторинга БА, позволяющего наиболее полно оценить течение заболевания у больного и не перегруженного диагностическими мероприятиями. При проведении мониторинга целесообразно выделять текущее, базовое и этапное обследование. Текущее обследование при контролируемой БА – пикфлоуметрия (ежедневно при персистирующей БА и по показаниям при интермиттирующей). Базовое обследование – клинический анализ крови и мочи, спирография и по показаниям консультации ЛОР-врача и пульмонолога-аллерголога. Согласно его результатам лечащим врачом разрабатывается план лечения больного, определяется состав и объём проводимой терапии. Базовое обследование проводится раз в год при интермиттирующей БА, раз в 6-12 мес. при лёгкой, раз в 6 мес. при среднетяжёлой и раз в 3-6 мес. при тяжёлой персистирующей БА. Этапное обследование проводится с целью изменения причиннозначимых аллергенов и выявления осложнений. Состоит из комплекса обязательных и дополнительных исследований: консультация пульмонолога-аллерголога, кожные аллергопробы, спирография, УЗИ-пищеварительных органов, электрокардиография, выявление глистных инвазий. Дополнительные методы: определение общего и специфических IgE крови, иммунограмма, провокационные пробы, консультации психоневролога (по показаниям), рентгенография грудной клетки. По результатам этапного обследования

пересматривается терапия сопутствующих заболеваний, а также рекомендации по диете и жизнедеятельности. Этапное обследование проводится при: интермиттирующей БА раз в 3 года, при лёгкой и среднетяжёлой персистирующей БА раз в 2 года, тяжёлой раз в год. Отдельные тесты этапного обследования можно использовать при проведении базового. При неконтролируемом течении БА, мониторинг осуществляет пульмонолог-аллерголог, с использованием всего комплекса диагностических методик, пока не удастся стабилизировать течение заболевания. При отсутствии у пациента в течение длительного времени клинических проявлений заболевания, этапное обследование проводится дважды в пять лет (повторно перед снятием с диспансерного учёта). Предлагаемая схема мониторинга БА у детей является ориентировочной, поскольку назначается каждому пациенту индивидуально, в зависимости от особенностей заболевания. Однако её использование позволяет в значительной мере контролировать течение БА у детей.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ТЕРАПИИ ВИРУСА ПАПИЛЛОМЫ ЧЕЛОВЕКА АЛЛОКИНОМ-АЛЬФА

Спирidonенко В.В., Хомутов Д.В.,
Налетова И.М.

ГУ «Луганский государственный
медицинский университет»

Актуальность. Риск выявления вируса папилломы у молодых девушек является прямо связанным с инфицированием от полового партнёра. Бессимптомное течение папилломавирусной инфекции генитальной

сферы, характерно для мужчин, однако у ряда лиц проявления в виде кондилом слизистых половых органов требует поиска эффективной терапии. Высокий процент рецидива при хирургическом методе лечения кондилом является основанием для комплексного лечения с применением иммунных средств.

Цель: установить диагностическую ценность комбинации хирургического метода лечения и Аллокина-альфа при кондиломах гениталий у мужчин, ассоциированных с папилломавирусной инфекцией.

Материалы и методы. При обследовании 19 мужчин, обратившихся по поводу кондилом полового члена, при отрицательных тестах на ИППП, но явных макроскопических проявлениях и соответствующей микроскопии (признаки поражения папилломой многослойного плоского эпителия – МПЭ), результат ПЦР на папилломавирус был положительным только в 15 случаях.

Проведение электроинцизии кондилом, происходило на фоне монотерапии Аллокином-альфа, который вводился в общей дозе 6 инъекций, по 1 ампула через сутки, а операция проводилась в сроке спустя 4 инъекции. После полной репарации (45±5 сут.) были проведены цитологические и ПЦР-тесты. Результаты и их обсуждение: Из 19 случаев, у 9 оставались признаки папилломавирусного поражения МПЭ, при полном отсутствии макроскопических проявлений, а у 10 пациентов – нормальная цитология МПЭ, при интактной слизистой в месте операции. Рецидив кондилом возник у 2-х пациентов в сроке 2-х мес., но он не имел