# ІМУНОЛОГІЯ ТА АЛЕРГОЛОГІЯ

## НАУКА І ПРАКТИКА

**НАУКОВО-ПРАКТИЧНИЙ ЖУРНАЛ**
Виходить 4 рази на рік

**4'2011**



**РЕДАКЦІЙНА КОЛЕГІЯ**

*Медичні 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.
Мельніков 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 № 9 від 20.11.2011

Зверстано і надруковано в ТОВ«Поліграф плюс». 03062, м. Київ, вул. Туполєва, 8.
тел: (044) 502-39-78, факс (044) 427-03-75
**e-mail: design@poligraph-plus.kiev.ua**

**ОБЩИЙ СЕКРЕТОРНЫЙ И СЫВОРОТОЧНЫЙ АНТИЭНДОТОКСИНОВЫЙ ИММУНОГЛОБУЛИН А У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ ТИПА 1**
Дунаев И.Ю., Белоглазов В.А., Гордиенко А.И., Бакова А.А. ..... 47

**СОДЕРЖАНИЕ CD4+CD25+ ИММУНОРЕГУЛЯТОРНЫХ КЛЕТОКУ БОЛЬНЫХ С ГЛИОМАМИ ГОЛОВНОГО МОЗГА**
Бельская Л.Н., Лисяный Н.И.. ..... 50

**АНТИЭНДОТОКСИНОВЫЙ ИММУНИТЕТ И С-РЕАКТИВНЫЙ БЕЛОКУ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМИ ОБСТРУКТИВНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЛЕГКИХ С РАЗЛИЧНЫМ ИММУННЫМ ОТВЕТОМ НА ЭНДОТОКСИН ГРАМНЕГАТИВНОЙ ФЛОРЫ**
Белоглазов В.А., Али Мохамад Таха, Гордиенко А.И. ..... 53

**ПРИЧИНЫ ГИПЕРПРОДУКЦИИ ОБЩЕГО ИММУНОГЛОБУЛИНА Е У ПАЦИЕНТОВ ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА**
Плахотная Д.В., Ищенко М.И, Дюсеева В.В.. ..... 57

**ОСОБЛИВОСТІ ЗАСТОСУВАННЯ АЗИТРОМІЦИНУ В ХВОРИХ З ПАТОЛОГІЄЮ ОРГАНІВ ДИХАННЯ**
Ліщук-Якимович Х.О., Пукаляк Р.М., Пшенична І.В. ..... 60

**ПАТОГЕНЕТИЧНЕ ОБГРУНТУВАННЯ ІМУНОКОРЕГУЮЧОГОЕФЕКТУ КАРДОСАЛУ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ПІЄЛОНЕФРИТ**
Мороз Т.П., Зуб Л.О., Савченко В.С., Зорка Н.В.. ..... 64

**РЕЦИДИВОЗАЛЕЖНІ ОСОБЛИВОСТІ ІМУНІТЕТУ ЖІНОК З ХРОНІЧНИМ ПІЄЛОНЕФРИТОМ**
Романенко О.А., Степанова Н.М., Дріянська В.Є., Гайсенюк Ф.З. ..... 68

**ОСОБЛИВОСТІ СТАНУ ІМУННОЇ СИСТЕМИ У ХВОРИХ НА ЛІМФОМУ ХОДЖКІНА: РОЛЬ У ПРОГНОЗУВАННІ ПЕРЕБІГУ ЗАХВОРЮВАННЯ**
Храновська Н.М., Крячок І.А., Свергун Н.М., Новосад О.І., Скачкова О.В., Позур В.К., Горбач О.І. ..... 73

ТЕЗИ ДОПОВІДЕЙ ..... 80

АВТОРАМ ЖУРНАЛЬНИХ ПУБЛІКАЦІЙ ..... 118

## ВЗАИМОСВЯЗЬ МЕЖДУ ОБНАРУЖЕНИЕМ MYCOPLASMA PNEUMONIAE У ДЕТЕЙ РАЗНЫХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП И ТЕЧЕНИЕМ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ

*Гончарук С.Ф., Бажора Ю.И., Петрашевич В.П., Касьяненко А.В., Матвеева И.П.*

Одесский национальный медицинский университет. ГДКБ №1 им.акад.Б.Я.Резника Одесса

Под наблюдением находилось 107 детей, трех возрастных групп (3 – 6 лет, 7 –11 лет, 12 – 14 лет), больных бронхиальной астмой (БА), которым было проведено обнаружение ДНК Mycoplasma pn. в различных биологических субстратах (кровь, соскоб из зева, мокрота). На исследование направлялись дети с подозрением на наличие возбудителя (упорный приступообразный кашель, длительный субфебрилитет, частые фарингиты с затяжным течением и т.д). Исследование проводилось с помощью праймерзависимой полимеразной цепной реакции в стандартных для данного ампликона условиях. Для амплификации использовали два не модифицированных олигонуклеотидных праймера (БИОКОМ, Москва, Россия), синтезированных на основании известной нуклеотидной последовательности генетического материала изучаемого микроорганизма - Mycoplasma pn. Реакцию проводили на термальном циклере TOUCH DOWN (HYBAID, Великобритания). Продукт амплификации 0,316 кб идентифицировали электрофорезом в агарозном геле напротив амплификата стандартной ДНК искомого микроорганизма. Mycoplasma pn. была выявлена у 46 (43 %) пациентов. Наиболее часто Mycoplasma pn. выявлялась у детей в возрасте 7–11 лет (у 59,4 %), реже в младшей возрастной группе (у 38,9 %), тогда как в возрасте 12–14 лет только у 28,6%. Mycoplasma pn. в соскобе из зева выявлялась у 89,1 % обследованных, что в 1,5 раза чаще, чем в мокроте (у 60,1 % детей), и в 2,2 раза чаще, чем в крови (у 41,3 %).

Установлено, что выявление микроорганизма во всем исследуемом материале наблюдается преимущественно у пациентов с тяжёлыми формами заболевания, трудно поддающимися терапии. Особенно неблагоприятно влияет на течение БА у детей сочетание выявления Mycoplasma pn. в мокроте и крови – отмечается положительная корреляция с высоким уровнем достоверности (r=0,73) с тяжелой персистирующей БА. У данных больных отмечаются частые обострения заболевания, сопровождающиеся иногда клинической картиной пневмонии и характерно наличие длительно сохраняющихся в периоде ремиссии заболевания разнокалиберных хрипов. Тогда как при обнаружении микоплазмы только в соскобе из зева не отмечается достоверной корреляционной взаимосвязи с характером течения БА (r=0,11).

Таким образом, выявлена взаимосвязь между обнаружением Mycoplasma pn. в мокроте и крови и характером течения БА у детей. Вместе с тем, остаются не изученными ряд вопросов: влияет ли наличие Mycoplasma pn. на возникновение БА у детей, либо наличие БА способствует инфицированию данным возбудителем; в каких случаях больным БА детям требуется назначение соответствующей антибиотикотерапии и т.д.

## ОЦІНКА ІМУНОКОМПЛЕКСНИХ РЕАКЦІЙ ПРИ ХРОНІЧНОМУ АПІКАЛЬНОМУ ПЕРІОДОНТИТІ

*Гриньков Є.І.*

ДЗ «Луганський державний медичний університет», м Луганськ

Проблема хронічного апікального періодонтиту (ХАП) залишається актуальною, оскільки за статистикою на хронічні захворювання тканин ротової порожнини страждає до 1/3 частина молодого населення Землі та 1/2 частина населення у віці 50-ти років та вище (джерело інформації: Ondine Biopharmas на 15 серпня 2011р.). Основним етіологічним чинником вважають порушення мікробіоценозу ротової порожнини, що призводить до формування імунної відповіді в організмі. Одним з найбільш важливих показників імунітету в патогенезі запальних процесів є надмірне збільшення кількості циркулюючих імунних комплексів (ЦІК) у сироватці крові, що є фазою нормальної імунної відповіді на антигени і їх більшість вилучаються клітинами макрофагальнофагоцитуючої системи після взаємодії їх з антитілами. Однак при великій кількості надходження антигенів процес утворення ЦІК набуває прогресуючого характеру й в результаті розвивається імунокомплексна реакція.

У результаті проведення імунологічних досліджень встановлено, що у хворих на ХАП мають місце чітко виражені зміни концентрації ЦІК у крові та їх молекулярного складу, які залежали від гігієнічного стану ротової порожнини. У хворих на ХАП при низькому значенні гігієнічному індексу (ГІ) їх рівень дорівнював 3,36±0,08 г/л (P<0,01), а при високому значенні ГІ - 4,25±0,08 г/л (P<0,01). Поряд із зростанням концентрації загальних ЦІК у сироватці крові обстежених, відмічалися суттєві зсуви у молекулярному складі ЦІК, оскільки підвищення рівня ІК відбувалося, головним чином, за рахунок зростання кількості патогенних середньо- і дрібномолекулярних фракцій ІК. При цьому сума середньо- і дрібномолекулярних ЦІК у хворих з ГІ не більше 2 балів складала у середньому 63,9±1,8% (при нормі 52,8±1,4%; P<0,05) і з високим ГІ – 67,1±1,8% (P<0,01), що вище норми в 1,21 та 1,27 рази відповідно. Відносна частина великомолекулярних ІК у структурі загального пула ЦІК мала тенденцію до зниження в обох групах обстежених. Більш виражена різниця концентрації ЦІК відмічалася в абсолютному обчисленні. Так, інтегральний індекс сумарних середньо та дрібномолекулярних ЦІК у пацієнтів з поганим станом гігієни РП (ГІ більше 2 балів) складав 2,85±0,05 г/л, що вище нормального значення в 2,88 рази (при нормі 0,99±0,06 г/л; P<0,001), а в групі обстежених з ГІ не більше 2-х балів їх вміст стосовно норми зростав в 2,17 рази (P<0,01). Водночас абсолютна кількість великомолекулярних ЦІК зростала до 1,21±0,06 г/л в групі хворих із низьким рівнем ГІ, а у хворих з високим показником ГІ – до 1,4±0,04 г/л. Отримані дані свідчать про формуванні імунокомплексних реакцій у хворих з ХАП. Отримані дані свідчать про формування імунокомплексних реакцій у хворих з ХАП.