



# ІМУНОЛОГІЯ ТА АЛЕРГОЛОГІЯ

**2'2002**

НАУКОВО-ПРАКТИЧНИЙ ЖУРНАЛ

## РЕДАКЦІЙНА КОЛЕГІЯ

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

## РЕДАКЦІЙНА РАДА

Астахова В.С. (Київ), Бажора Ю. І. (Одеса), Горovenko Н.Г. (Київ), Грiневич Ю.А. (Київ), Дзяк Г.В. (Дніпропетровськ), Дитятківська С.М. (Дніпропетровськ), Заболотний Д.І. (Київ), Зайков С.В. (Вінниця), Кайдашев І.П. (Полтава), Ласиця О.І. (Київ), Мазєпа М.А. (Івано-Франківськ), Нікольський І.С. (Київ), Прилуцький О.С. (Донецьк), Сидорчук І.Й. (Чернівці), Ткаченко Ю.П. (Запоріжжя), Фещенко Ю.І. (Київ), Фролов В.М. (Луганськ), Цуцасва А.О. (Харків), Чернишов В.П. (Київ), Чоп'як В.В. (Львів), Чумак А.А. (Київ), Яшина Л.А. (Київ).

## АДРЕСА РЕДАКЦІЇ

04053, м. Київ, вул. Ю. Коцюбинського, 9<sup>а</sup>  
Інститут Урології та нефрології АМН України  
Рекомендовано до друку редакційною колегією журналу «Імунологія та алергологія»,  
протокол № 14 від 10.05.2002

## ЗАСНОВНИКИ

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

ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ БАЗИСНОЇ ТЕРАПІЇ АТОПІЧНОГО ДЕРМАТИТУ У ДІТЕЙ Кожем'яка А.І., Клименко В.А.....	51
РОЗВИТОК ВТОРИННИХ ІМУНОДЕФІЦИТНИХ СТАНІВ У ДІТЕЙ, ХВОРИХ НА ГОСТРУ ПНЕВМОНІЮ Недошитко Т.М.....	51
ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ НА ФОНЕ ПАТОЛОГИИ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА Романюк Л.И., Кузнецова Л.В., Назаренко А.П., Осипова Л.С., Литус В.И., Назар О.В.....	52
ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ СОРБИЛАКТОМ НА ФОНЕ ПАТОЛОГИИ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА Гришило П.В., Романюк Л.И., Кузнецова Л.В., Осипова Л.С., Литус В.И., Самойлова В.В., Луцаковская З.А., Назар О.В., Назаренко А.П.....	52
ВЛИЯНИЕ ПОВЕРХНОСТНО-АКТИВНОГО ВЕЩЕСТВА МИРАМИСТИНА НА ИММУННЫЙ СТАТУС БОЛЬНЫХ ГИНГИВИТОМ В ДИНАМИКЕ ЛЕЧЕНИЯ Павленко А.В., Криштаб Е.С., Кузнецова Л.В., Бакиштова Т.В., Назар О.В.....	53
ПРОБЛЕМА СИНДРОМА ХРОНИЧЕСКОЙ УСТАЛОСТИ Кузнецова Л.В., Назар О.В., Мороз Т.Д., Титомир А.И.....	53
ДЕЙСТВИЕ ВИДИМОГО НЕКОГЕРЕНТНОГО ПОЛЯРИЗОВАННОГО СВЕТА В КОМПЛЕКСЕ С БРОНХОМУНАЛОМ НА ИММУННЫЙ СТАТУС БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ Кравченко Е.В., Кузнецова Л.В., Назар О.В.....	54
ОСОБЕННОСТИ ИММУННОГО ОТВЕТА У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ АУТОСЕНСИБИЛИЗАЦИИ И КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЯ Гавриленко Т.И., Корнилина Е.М., Якушко Л.В., Клубова А.Ф., Тлжова Н.С.....	54
ІМУНОЛОГІЧНІ ЗСУВИ У ХВОРИХ НА АНГІНІ ТА ЕФЕКТИВНІСТЬ ІМУНОРЕАБІЛІТАЦІЇ Шаповалова І.О., Соцька Я.А., Терешин В.О.....	54
НАРУШЕНИЯ ИММУННОГО ГОМЕОСТАЗА У ДЕТЕЙ, СТРАДАЮЩИХ СЕКРЕТОРНЫМ СРЕДНИМ ОТИТОМ Самбур М.Б., Мельников О.Ф., Тимченко М.Д., Сидоренко Т.В., Тимченко С.В., Заяц Т.А., Тимен Г.Э., Кузык И.В.....	55
ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ИММУНОРЕАБИЛИТАЦИИ У БОЛЬНЫХ С СИНДРОМОМ ПОВЫШЕННОЙ УТОМЛЯЕМОСТИ НА ФОНЕ СОЧЕТАННОЙ ПАТОЛОГИИ ОРГАНОВ ПИЩЕВАРЕНИЯ Краснова С. П.....	55
ЕФЕКТИВНІСТЬ ІМУНОЛОГІЧНИХ МЕТОДІВ В ІДЕНТИФІКАЦІЇ СТАРИХ ПЛЯМ СПЕРМИ ПРИ СУДОВО-МЕДИЧНИХ ДОСЛІДЖЕННЯХ Галушко О.С.....	56
КЛИНИКО-ИМУНОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА СИНДРОМА ПОВЫШЕННОЙ УТОМЛЯЕМОСТИ У БОЛЬНЫХ С СОЧЕТАННОЙ ПАТОЛОГИЕЙ ОРГАНОВ ПИЩЕВАРЕНИЯ Краснова С.П.....	56
ДО ПИТАННЯ ОЦІНКИ РІВНЯ ІМУНОГЛОБУЛІНУ А ТА ЛІЗОЦИМУ СІРОВАТКИ КРОВІ ПРИ НЕПЛОДНОСТІ ЖІНОК ІЗ САЛЬПІНГООФОРИТОМ ХЛАМІДІЙНОЇ ЕТІОЛОГІЇ Вацк Мирослава Михайлівна.....	56
ВПЛИВ ВИКОРИСТАННЯ ПРЕПАРАТУ ПРОТЕФЛАЗІД НА РІВЕНЬ ЛІЗОЦИМУ СІРОВАТКИ КРОВІ ПРИ ЛІКУВАННІ НЕВИНОШУВАННЯ ВАГІТНОСТІ У ЖІНОК З ХЛАМІДІЙНОЮ ІНФЕКЦІЄЮ Островська Оксана Миколаївна.....	57
О НЕКОТОРЫХ ИМУНОЛОГИЧЕСКИХ КРИТЕРИЯХ ЗАТЯЖНОГО ТЕЧЕНИЯ ПНЕВМОНИЙ Н.Н. Островский, С.В. Федоров.....	57
ІНТЕРЛЕЙКІНИ І МОНОЦИТАРНО-МАКРОФАГАЛЬНА СИСТЕМА В ОЦІНЦІ АДАПТАЦІЙНИХ МОЖЛИВОСТЕЙ ЛЮДЕЙ Лаповець Л.Є., Луцк Б.Д., Акімова-Темчук В.М.....	57
ЭФФЕКТИВНОСТЬ АМИЗОНА И ВИЛОЗЕНА В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ АДЕНОВИРУСНЫМИ КОНЪЮНКТИВИТАМИ Валид За'ал Та'амрах, Петруня А.М.....	58
ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ЦИКЛОФЕРОНА И ЭРБИСОЛА В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ РЕЦИДИВИРУЮЩИМИ ГЕРПЕТИЧЕСКИМИ КЕРАТИТАМИ Петруня А.М., Воротников С.В.....	58
КЛІНІКО-ІМУНОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ СИНДРОМУ ХРОНІЧНОЇ ВТОМИ У ХВОРИХ З ПАТОЛОГІЄЮ ГЕПАТОБІЛІАРНОЇ СИСТЕМИ Фролов В.М., Попова О.В.....	59
ВИКОРИСТАННЯ ІМУНОЛОГІЧНИХ МЕТОДІВ В ПРОГНОЗУВАННІ УРАЖЕНЬ СТАТЕВИХ ЗАЛОЗ У ЧОЛОВІКІВ ПРИ ЕПІДЕМІЧНОМУ ПАРОТИТІ Фролов В.М., Лоскутова І.В., Шаповалова І.О.....	59
ВПЛИВ ЕРБИСОЛУ НА ПРОДУКЦІЮ ЦИТОКІНІВ ІМУНОКОМПЕТЕНТНИМИ КЛІТИНАМИ ЗДОРОВИХ ДОНОРІВ В УМОВАХ IN VITRO Фесенкова В.И., Папакіна В.С., Дріянська В.Є.....	59
СТАН ОКСИДАНТНО-АНТИОКСИДАНТНОЇ РІВНОВАГИ У ДІТЕЙ З БРОНХІАЛЬНОЮ АСТМОЮ В ПРОЦЕСІ ВАЛКІОН-ТЕРАПІЇ Цимбаліста О.Л., Клименко А.О., Березна Т.Г., Пастух О.І., Парандій І.Б., Бенько Г.С.....	60
АУТОЦИТОКІНИ У КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ПЕПТИЧНОЇ ВИРАЗКИ Гриценко І.І., Щербиніна М.Б., Кудрявцева В.С., Демешкіна Л.В., Вчорашина Н.М., Ярош В.М., Суліма В.В.....	60
АКТИВІЗАЦІЙНІ МАРКЕРИ ЛІМФОЦИТІВ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНІ ЗАПАЛЬНІ ЗАХВОРЮВАННЯ ПАРОДОНТУ Г.С.Гавриляк.....	60
ВСЕГДА ЛИ НУЖНЫ ИНДУКТОРЫ ИНТЕРФЕРОНОГЕНЕЗА? Погулєва О.Э., Гуца С.Г.....	61
СЛУЧАЙ ТЯЖЕЛОГО ВТОРИЧНОГО ИМУНОДЕФИЦИТНОГО СОСТОЯНИЯ, РАЗВИВШЕГОСЯ ВСЛЕДСТВИЕ НЕТРАДИЦИОННОГО ЛЕЧЕНИЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ Окул Т.И., Ткаченко Ю.П., Токарева Н.С., Леженко Г.А., Скорая Н.В.....	61
СОСТОЯНИЕ ФАГОЦИТОЗА У БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ ДЕТЕЙ С СОЕДИНИТЕЛЬНОТКАННОЙ ДИСПЛАЗИЕЙ Ткаченко Ю.П., Пашкова Е.Е.....	62
ЛАЗЕРНА КОРЕЛЯЦІЙНА СПЕКТРОСКОПІЯ В ОЦІНЦІ СИСТЕМНОГО ТА МІСЦЕВОГО ІМУНІТЕТУ РОБІТНИКІВ ПОТЕНЦІЙНО ШКІДЛИВОГО ХІМІЧНОГО ВИРОБНИЦТВА Бажора Ю. І., Пашолок С. П., Петрашевич Ю. В.....	62
ДЕЯКІ ПОКАЗНИКИ НЕСПЕЦИФІЧНОЇ ІМУННОЇ ВІДПОВІДІ У ХВОРИХ НА БРОНХІАЛЬНУ АСТМУ Каспрук Н.М., Сидорчук І.И., Коваль Г.Д.....	63
ИММУННЫЙ СТАТУС КЛИНИЧЕСКИ ЗДОРОВОГО НАСЕЛЕНИЯ УКРАИНЫ, ПОДВЕРГШЕГОСЯ ВЛИЯНИЮ ФАКТОРОВ АВАРИИ НА ЧАЭС Баева Е.В., Ворона В.В., Соколенко В.Л., Черний В.П., Бузин А.А., Загоруйко Н.В.....	63

- 0,6 мг/мл, Ig M - 0,7 мг/мл. Через 3,5 года данные иммунологического обследования соответствуют возрасту.

Таким образом, приведенный случай свидетельствует о недопустимости применения препарата «Дипроспан» и других пролонгированных глюкокортикоидных препаратов в лечении бронхиальной астмы у детей, в связи с развитием тяжелой системной патологии с выраженным комбинированным иммунодефицитом.

### СОСТОЯНИЕ ФАГОЦИТОЗА У БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ ДЕТЕЙ С СОЕДИНИТЕЛЬНОТКАННОЙ ДИСПАЗИЕЙ

Ткаченко Ю.П., Пащикова Е.Е.

Запорожский медицинский университет

Под наблюдением находилось 135 больных бронхиальной астмой детей в возрасте от 8 до 15 лет. У 69 (51,1%) детей на основании фенотипических признаков был диагностирован синдром недифференцированной системной дисплазии соединительной ткани (СНСДСТ), из них малые аномалии сердца: пролапс митрального клапана, аномально расположенные трабекулы, добавочные и патологические хорды с помощью двумерного ультразвукового сканирования установлены у 46 (66,7%) детей. Среди не имеющих фенотипических признаков СНСДСТ указанная патология сердца обнаружена у 27 (40,9%) больных. При этом пролапс митрального клапана в контрольной группе выявлен у 9 (13,6%), аномально расположенные хорды - у 7 (10,6%), дополнительные трабекулы - у 17 (25,7%) больных, а в основной - пролапс митрального клапана - у 17 (24,6%), аномально расположенные хорды - у 24 (34,8%), трабекулы - у 16 (23,2%) человек. Установлено более тяжелое течение болезни у детей с СНСДСТ, у которых интермиттирующая форма наблюдалась у 27,5% (19 человек), а тяжелое течение персистирующей (III-IV ступень) - у 39,1% (27 человек). В группе сравнения интермиттирующее течение было у 54,5% (36 детей) и тяжелые формы персистирующего - у 19,7% (13 человек). Тяжесть бронхиальной астмы у детей с СНСДСТ находилась в прямой корреляционной зависимости от количества характерных фенотипических стигм синдрома ( $r=+0,32$ ).

Целью работы было изучить особенности фагоцитарных реакций у больных бронхиальной астмы детей с синдромом дисплазии соединительной ткани и без него. В качестве фагоцитируемого субстрата для нейтрофилов венозной крови больных использованы дрожжевые клетки. Показатели фагоцитоза: фагоцитарная активность (ФА), фагоцитарное число (ФЧ), завершенность фагоцитоза (ЗФ) исследовались дважды после инкубации через 30 и 90 минут в мазках крови, окрашенных гематоксилином, с помощью светового микроскопа с иммерсией при увеличении 90x10.

В результате исследования установлено, что при наличии синдрома дисплазии соединительной ткани в периоде ремиссии бронхиальной астмы изучаемые показатели фагоцитоза были ниже, чем в группе сравнения. Наиболее сниженными оказались ФЧ и ЗФ. В периоде обострения активность фагоцитарных реакций в сравниваемых группах несколько сближалась, хотя ЗФ при наличии СНСДСТ оставалась достоверно ниже. Выравнивание показателей в группах было обусловлено разнонаправленной динамикой последних. Если ФА, ФЧ и ЗФ у больных с СНСДСТ в обострении были выше, чем в ремиссии, то у больных без дисплазии - ниже. Методом корреляционного анализа в группе с СНСДСТ нами была установлена прямая зависимость между состоянием фагоцитоза и тяжестью бронхиальной астмы. Более тяжелому течению болезни в периоде ремиссии соответствовали более высокие показатели фагоцитарной активности ( $r=+0,34$ ), фагоцитарного числа ( $r=+0,32$ ) и завершенностью фагоцитоза ( $r=+0,25$ ). В контрольной

группе значимой зависимости между тяжестью астмы и показателями фагоцитоза в ремиссии не обнаружено. В периоде обострения астмы у детей с СНСДСТ большинство выявленных в ремиссии отношений разрывались, а показатель завершенности фагоцитоза при тяжелом течении болезни снижался ( $r=-0,3$ ). В обострении у больных астмой без проявления соединительнотканной дисплазии обнаружена отчетливая обратная зависимость фагоцитарных реакций от тяжести болезни. Тяжелым формам соответствовали наименее низкие показатели ФА ( $r=-0,3$ ), ФЧ ( $r=-0,37$ ), на завершенность фагоцитоза тяжесть болезни влияния не имела.

Таким образом, наличие соединительнотканной дисплазии обуславливает более тяжелое течение бронхиальной астмы у детей с умеренно сниженной исходной активностью фагоцитарных реакций.

### ЛАЗЕРНА КОРЕЛЯЦІЙНА СПЕКТРОСКОПІЯ В ОЦІНЦІ СИСТЕМНОГО ТА МІСЦЕВОГО ІМУНІТЕТУ РОБІТНИКІВ ПОТЕНЦІЙНО ШКІДЛИВОГО ХІМІЧНОГО ВИРОБНИЦТВА

БАЗЖОРА Ю. І., ПАШОЛОК С. П., ПЕТРАШЕВИЧ Ю. В.

Одеський державний медичний університет МОЗ України

Лазерна кореляційна спектроскопія (ЛКС, ЛКС-метрія) як біофізичний метод, що засновано на вимірянні гідродинамічних радіусів (ГР) різноманітних біологічних рідин при проходженні через їх моно- чи полідисперсну систему індукованого монохроматичного когерентного ("лазерного") випромінювання, привертає увагу дослідників із метою діагностики (перед)патологічних станів, котрі розвиваються, для прикладу, в слизових оболонках верхніх дихальних шляхів. ГР імуноглобулінів усіх відомих класів відбиваються на індивідуальному та/або усередненому внутрішньогруповому ЛКС-спектрі (власне гістограмі) в ділянці найбільш низькомолекулярної субфракції, а високомолекулярних циркулюючих імунних комплексів (ЦІК) - у ділянці найбільш високомолекулярної субфракції.

Серед 44 робітників Одеського припортового заводу проведено ЛКС-метрію ротоглоткових змивів (РГЗ) і гуморальної ланки імунної системи (IgM, IgG, IgA, ЦІК): деякі з досліджених показників даного контингенту змінювалися (в багатьох випадках - достовірно). Результати вивчення гуморальної ланки імунної системи вказують на декілька цікавих фактів: по-перше, середньогрупова концентрація імуноглобулінів абсолютно всіх класів (IgG - достовірно;  $p < 0,001$ ) зменшувалася в другій половині робочого дня; по-друге, усереднені показники ЦІК у другій половині робочого дня, навпаки, збільшувалися (навесні - достовірно;  $p < 0,001$ ); по-третє, простежується взаємозв'язок між направленістю зміни внутрішньогрупової імунограми та даними методу ЛКС-метрії нативних біологічних зразків РГЗ. Остання обставина потребує порівняльної оцінки, тому що подібні дослідження не тільки реєструють та статистично доводять сам факт існування паралелізму між імунограмою та гістограмою (що є відомим), але й суттєво розширюють діагностичну інформативність методу ЛКС-метрії. Подібне припущення підтверджено також власними експериментальними дослідженнями: так, при розвитку розповсюдженого неспецифічного (калового) перитоніту на протязі перших трьох діб значно зменшився внесок низькомолекулярних компонентів сироватки крові та збільшився - середньо молекулярних компонентів; при імунній стимуляції чужорідним антигеном (суміш еритроцитів барана) відмічено двохвильовий характер зростання крупномолекулярних частинок і різким спадом їхнього вмісту на п'яту добу; на фоні введення імунодепресантів (цитостатики - метотрексат, 6-меркаптопурин) виявилось майже повна

відсутність зростання низько- та крупномолекулярних компонентів на початкових етапах експерименту. Такого роду зміни чітко відображають функціональну активність імунної системи в залежності від спрямованості імунного процесу.

Місцевий імунітет, автономність якого доведено незалежним від системного імунітету синтезом секреторного імуноглобуліну А (SIgA), є першим бар'єром імунологічного захисту організму людини від різноманітних антигенних впливів. Добові ритми секреції імуноглобулінів у слину об'єктивно відображають наявність циркадної ритмічності в роботі нейроендокринного апарату, зокрема - гіпоталамусу, гіпофізу та кори надниркових залоз із максимальною активністю в ранкові години (при дослідженні на початку робочого дня, коли забирання біологічного матеріалу відбувалося з 8<sup>00</sup> до 8<sup>30</sup> год.); проведені дослідження свідчать про поступовий розвиток системи місцевого секреторного імунітету, вони підтверджують відому концепцію W. Pieraolis, H. Kopp, G. Müller і співавторів (1977 р.) відносно взаємозв'язку розвитку та діяльності імунної, нервової та ендокринної систем, згідно до якої основу гомеостатичної регуляції складають три системи (тиміко-лімбична, нервова й ендокринна), функції котрих є взаємозалежними та "взаємно проникаючими".

### **ДЕЯКІ ПОКАЗНИКИ НЕСПЕЦИФІЧНОЇ ІМУННОЇ ВІДПОВІДІ У ХВОРИХ НА БРОНХІАЛЬНУ АСТМУ**

Каспрук Н.М., Сидорчук І.Й., Коваль Г.Д.  
Кафедра клінічної імунології, алергології та ендокринології Буковинської державної медичної академії, м. Чернівці

Відомо, що неспецифічна імунна відповідь на цитокінову стимуляцію залежить від стану рецепторного апарату клітин моноцитарно-макрофагального ряду. Визначення цитокінів у плазмі крові не може адекватно відзеркалювати цитокін-продукуючий потенціал імунокомпетентних клітин внаслідок малих періодів напіврозпаду цитокінів і наявності їх рецепторних інгібіторів. Метою дослідження було визначення змін продукції моноцитами хворих на бронхіальну астму (БА) фактора некрозу пухлин  $\alpha$  (TNF $\alpha$ ) до та після їх активації інтерлейкіном-1 $\beta$  (IL-1 $\beta$ ) *in vitro*.

Встановлено, що за відсутності достовірних змін базальної секреції моноцитами TNF $\alpha$ , IL-1 $\beta$  - індукована його продукція суттєво підвищується у хворих на БА середнього ступеня важкості та особливо у пацієнтів із важким клінічним перебігом захворювання.

В значно меншому ступені при БА змінювалась активність фагоцитуючих клітин крові. Прямої залежності активності і поглинальної здатності фагоцитуючих клітин периферичної крові від ступеня тяжкості захворювання при БА нами не виявлено.

Відомо, що в патогенезі БА велике значення надається продуктам пероксидного окиснення ліпідів, а одним із шляхів генерації активних радикалів кисню є мієлопероксидазна галогенова система нейтрофілів. З іншого боку, в етіопатогенезі БА велике значення надається вірусній і бактеріальній інфекції, що відповідає і результатам наших досліджень, які свідчать про наявність досить високого популяційного рівня мікроорганізмів практично у всіх хворих на БА. В останній час з'явилися дані про те, що деякі мікроорганізми здатні використовувати цитокіни як ростові фактори. Зокрема, для *E. coli* таким є IL-1 $\beta$ .

Для аналізу змін реактивності поліморфноядерних лейкоцитів при БА, визначали ендотоксин-індуковану генерацію нейтрофілами активних радикалів кисню і встановили, що поліморфноядерні лейкоцити хворих на БА з важким і середнього ступеня важкості клінічним перебігом захворювання проявляють підвищену здатність до генерації кисневих радикалів у відповідь на стиму-

ляцію ендотоксином грамнегативної мікрофлори.

### **ИММУННЫЙ СТАТУС КЛИНИЧЕСКИ ЗДОРОВОГО НАСЕЛЕНИЯ УКРАИНЫ, ПОДВЕРГШЕГОСЯ ВЛИЯНИЮ ФАКТОРОВ АВАРИИ НА ЧАЭС**

Баева Е.В., Ворона В.В., Соколенко В.Л., Черний В.П., Бужин А.А., Загоруйко Н.В.  
Черкасский институт управления, г. Черкассы  
Черкасский государственный университет им. Б. Хмельницкого, г. Черкассы

Ионизирующая радиация - один из наиболее прессинговых факторов, влияющих на разнообразные физиологические системы организма. Особенно чувствительной к ее действию считается иммунная система человека, в частности ее клеточное звено.

Значительная часть населения Украины подверглась влиянию малых доз ионизирующего излучения вследствие аварии на Чернобыльской АЭС. Нами обследовано 112 человек одной возрастной группы (18-24 года), проживающих в течении всей жизни в одинаковых климато-географических условиях. Среди обследованных выделили группу практически здоровых лиц, проживающих на радиационно загрязненных территориях Центральной Украины, группу практически здоровых лиц, эвакуированных в 1986 году из 30-км зоны от Чернобыльской АЭС, группу практически здоровых лиц из радиационно незагрязненных районов Центральной Украины.

Результаты исследований показали, что у населения радиационно незагрязненных районов показатели клеточного иммунитета находятся в границах норм, указанных в литературе, что дало возможность использования этой группы как контрольной. Оценка клеточного иммунитета у клинически здоровых лиц, подвергшихся острому и хроническому воздействию факторов аварии на ЧАЭС в малых дозах, показала снижение уровня лимфоцитов, функционально зрелой субпопуляции Т-клеток с фенотипом CD3+, индекса иммунореактивности CD4+ / CD8+ в периферической крови. На основании этого факта можно сделать вывод о нарушении гомеостатических иммунорегуляторных механизмов как у лиц, проживающих в районах с радиоактивным загрязнением 1-5 Ки/км, так и у эвакуированных из 30-км зоны от ЧАЭС в 1986 году. Особенно тревожной есть тенденция к снижению иммунорегуляторного индекса, как главного фактора саморегуляции Т-клеточного иммунитета. Хотя у обследованных наблюдалось параллельное снижение экспрессии CD4 и CD8 поверхностных маркеров, однако, снижение уровня CD8+ - клеток было незначительным и находилось в интервале клинической нормы. Снижение экспрессии лимфоцитами CD4-поверхностного маркера у населения, подвергшегося влиянию малых доз радиации, может быть проявлением радиационного старения иммунной системы, о возможности которого свидетельствуют данные литературы. В то же время не исключено, что выявленные изменения имеют транзиторный характер.

### **НЕОБХОДИМОСТЬ ПРОВЕДЕНИЯ ИММУНОРЕАБИЛИТАЦИОННОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ С РЕЦИДИВИРУЮЩИМ И ОСЛОЖНЕННЫМ ТЕЧЕНИЕМ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЛОР-ОРГАНОВ**

Н.П.Картавенкова  
Одесский государственный медицинский университет г.Одесса

Структурная организация барьера слизистых оболочек верхних дыхательных путей позволяет эффективно защищать слизистые и организм в целом от агрессивных воздействий вредных факторов окружающей среды. Иногда, в силу разнообразных причин (агрессивность