

відносяться до нормотипу у 47,5%; активаційного — 15%; депресивного — 12,5%; недиференційованого — 25% випадків.

При РБ переважає активаційний тип імунологічного профілю (40%); депресивний спостерігається у 17,1%, недиференційований — у 31,4%, оптинорма — тільки у 11,4% випадків. Підвищення ІЛ-4 (більше 40 пкг/л) виявлено у 68% хворих. Зазначене характеризує активність запалення у дітей з РБ, і ІЛ-4 може слугувати маркером запалення. Активаційний тип імунограми можна характеризувати і як алергічний тип, оскільки у 37,1% хворих показники загального ІgE були підвищеними, а виражене підвищення (більше 300 МО/мл) — у 14,3% дітей.

Таким чином, при РБ у дітей раннього віку переважає активаційний тип імунологічного профілю.

В підсумку можна заключити, що активаційний тип імунограми в поєднанні з підвищеним рівнем ІЛ-4 доцільно враховувати як додаткові критерії РБ.

*С.М. Недельська, Н.М. Таран*

### **Алергенспецифічна імунотерапія при бронхіальній астмі у дітей**

Запорізький державний медичний університет, кафедра факультетської педіатрії

Виникнення сучасних уявлень про бронхіальну астму (БА), як про захворювання алергічного генезу, визначило відповідні терапевтичні підступи, до яких, в першу чергу, відносяться елімінаційні заходи, протизапальна терапія і алергенспецифічна імунотерапія.

Тому **метою дослідження** стало обґрунтування доцільності, вибір показань, способу і оцінки ефективності специфічної імунотерапії алергенами в комплексній терапії БА у дітей залежно від тяжкості захворювання, характеру сенсibiliзації з урахуванням клінічних, імунологічних, функціональних і психологічних показників.

Оптимальна тривалість проведення специфічної алерговакцинації, необхідної для формування стійкої ремісії, за даними клініко-імунологічних досліджень, становить 4–5 років. Тривала специфічна алерговакцинація також зменшує концентрацію в крові ІЛ-5 до рівня здорових дітей, ІЛ-4 — нижче величин контролю, достовірно збільшує вміст ІЛ-10.

Ефективність проведення специфічної алерговакцинації у дітей із БА, за даними динаміки клініко-функціональних показників, сягає 90,32% у дітей із легким перебігом і 96,94% - у дітей із середнім ступенем тяжкості захворювання. Клінічна ефективність випереджає імунологічні зміни, що відбуваються під впливом специфічної алерговакцинації. Специфічна імунотерапія алергенами незалежно від ступеня тяжкості БА має протизапальну та імунокорегуючу дію. Специфічна імунотерапія кліщовими, епідермальними і пилковими алергенами, за даними клінічних і імунологічних показників, є високоефективним методом лікування БА у дітей.

*О.Л. Нестерець*

### **Аутосенсibiliзація до власних тканин ока при хронічному увеальному запаленні у дітей**

(Київ, Одеса)

**Актуальність.** Відомо, що аутоімунні захворювання супроводжуються явищами аутосенсibiliзації. Аутосенсibiliзація до тканин ока на тлі аутоімунних (ревматоїдних) увертів, за даними літературних джерел, визначається у 29% випадків. При аутоімунних захворюваннях очей виявляються аутоантитіла до власних тканин у слізній рідині і в сироватці крові. Слід зазначити, що клінічні показання до проведення лікування, у тому числі хірургічного, з приводу хронічного увеального процесу не враховують такий важливий аспект як індивідуальний імунологічний стан хворої дитини, який характеризується різним ступенем вираження загальної аутосенсibiliзації і сенсibiliзації до тканин ока.

**Мета.** Провести аналіз показників рівня вмісту антитіл до кришталика і судинної оболонки ока в сироватці периферійної крові у дітей з різним ступенем тяжкості хронічного увеального процесу.

**Матеріали і методи дослідження.** Під спостереженням перебувало 24 пацієнта (27 очей) з хронічним ревматоїдним увеїтом віком від 3 до 17 років (в середньому  $8,4 \pm 0,5$  м). Усім дітям проводилося повне офтальмологічне обстеження і, за необхідності, інші обстеження. Об'єктивно: у всіх пацієнтів були присутні різного ступеню дегенеративні зміни роївки, передні (задні) синехії, зрощення (зарощення) зіниці, ускладнена катаракта. Рефлекс з очного дна відсутній. Внутрішньоочний тиск був компенсованим.

Діти були розподілені на дві групи: I — діти з вираженими увеальними ускладненнями (виражена дегенерація роївки, множинні синехії, зрощення (зарощення) зіниці, грубі помутніння кришталика, фіброзні зміни склоподібного тіла тощо), II — діти з менш вираженими увеальними ускладненнями (помірна крайова дегенерація роївки, одна-дві синехії, відсутність зрощень зіниці, відсутність або невеликі периферійні змутніння кришталика, незначні зміни склоподібного тіла або їх відсутність). Усім дітям проводились дослідження показників аутосенсibiliзації периферійної крові до тканинспецифічних антигенів ока.

**Результати і обговорення.** При порівняльному аналізі рівня аутоантитіл до тканинспецифічних білків судинної оболонки і кришталика у дітей з різним ступенем тяжкості хронічного ревматоїдного увеїту виявлено, що у всіх пацієнтів присутня сенсibiliзація до тканинспецифічних антигенів ока. Але у пацієнтів з більш вираженими змутніннями кришталика, наявністю множинних синехій, зрощенням (зарощенням) зіниці відзначено більш високий ступінь сенсibiliзації до антигенів кришталика, що склав  $72,2 \pm 3,5\%$  і був достовірно вище даного показника у пацієнтів з менш вираженими увеальними ускладненнями ( $64,4 \pm 2,5\%$ ). Аналогічна кореляція була виявлена і при визначенні ступеня сенсibiliзації до антигенів судинної оболонки ока, що склав у пацієнтів першої групи —  $68,2 \pm 2,5\%$ , у другої —  $56,2 \pm 3,5\%$ .

Ці дані дозволили встановити, що вищі показники рівня аутоантитіл до тканинспецифічних білків судинної оболонки і кришталика були у пацієнтів з більш тяжким ступенем тяжкості увеального запалення.

**Висновки.** Результати тканинспецифічних досліджень дозволяють припустити, що явища аутосенсibiliзації відіграють певну роль в генезі розвитку ускладнень на тлі хронічного увеального запалення. Необхідне подальше дослідження показників рівня антитіл до кришталика і судинної оболонки ока в сироватці периферійної крові у пацієнтів з хронічним увеальним процесом, що виникли з приводу системного захворювання, для прогнозування перебігу увеального процесу.