

УДК: 616.311-002.72-07-085:577.124.8

С. А. Шнайдер, д. мед. н., М. Т. Денісова

Одеський національний медичний університет

**ОСОБЛИВОСТІ СОМАТИЧНОЇ ЗАХВОРЮВАНОСТІ У ПАЦІЄНТІВ
З ГЕРПЕСАСОЦІЙОВАНОЮ БАГАТО ФОРМНОЮ ЕРИТЕМОЮ**

На даний час багатформна ексудативна еритема (БЕЕ) визначається гострим розвитком поліморфних уражень СОПР та шкіри, який характеризується циклічним перебігом. Природа БЕЕ до сьогодні не з'ясована. Існуючі теорії патогенезу пояснюють розвиток даного захворювання генетично обумовленою здатністю макроорганізму відповідати на вплив різних провокуючих факторів (інфекції, простуда, медикаменти, емоційний стрес тощо) виникненням клінічної симптоматики, притаманної даному захворюванню. Водночас вірус герпесу може не виступати в якості основного етіологічного чинника, а бути лише пусковою ланкою в розвитку патологічного процесу. Герпесасоційована БЕЕ розглядається як змішана реакція гіперчутливості з імунотоксичною складовою та високим рівнем сумарних Ig, що супроводжується низкою значних змін в імунному гомеостазі хворого. Проблемними в цьому контексті є питання щодо раннього виявлення пацієнтів, що мають ризик трансформації герпесасоційованої БЕЕ у складні та резистентні до терапевтичної корекції стани, зокрема, синдром Стивенса-Джонсона. Для розробки таких специфічних критеріїв визначали рівень здоров'я пацієнтів шляхом збору анамнезу, анкетування та шляхом залучення до консультацій відповідних фахівців – імунолога, оториноларинголога, терапевта та ін. На даному етапі дослідження було обстежено 29 хворих на герпесасоційовану БЕЕ, які зверталися за допомогою до лікувально-профілактичних закладів м.Одеси.

Виявлено, що найбільша кількість хворих мають захворювання шлунково-кишкового тракту – 18 осіб (62,07 %), захворювання ЛОР-органів були виявлені у 4 хворих (13,79 %). Захворювання дихальної системи виявлено у 3 осіб (10,34 %). Поєднання різних соматичних захворювань виявили у 25 осіб (86,21 %).

При поглибленому детальному обстеженні у гастроентеролога виявилось, що у 62,07 % даного контингенту хворих є захворювання шлунково-кишкового тракту, і деякі з них до цього часу не були діагностовані.

Підсумовуючи отримані результати обстеження загалом по групі хворих на герпесасоційовану БЕЕ можна зазначити, що з найбільшою частотою зустрічається хронічний холецистит (24,14 %), хронічний гелікобактерасоційований гастрит – 17,24 %, гастроєзофагальна рефлюксна хвороба (10,34 %), хронічний коліт – 6,89 %, виразкова хвороба шлунка та 12-палої кишки – 6,89 %. Отримані дані спонукають до поглибленого вивчення патоморфозу герпесасоційованої БЕЕ, критеріїв її діагностики та відповідного алгоритму лікування та диспансеризації хворих.



УДК: 616.311-002.72-07-085:577.124.8

С. А. Шнайдер, д. мед. н., С. В. Кленовська

Одеський національний медичний університет

**СТАН КЛІТИННОГО ІМУНІТЕТУ У ХВОРИХ
НА ХРОНІЧНИЙ КАНДИДОЗ СЛИЗОВОЇ ОБОЛОНКИ ПОРОЖНИНИ РОТА
В ОСІБ З ПОЧАТКОВИМ ПОРУШЕННЯМ ВУГЛЕВОДНОГО ОБМІНУ**

Особливу групу ризику до мікотичних уражень складають люди, які мають порушення вуглеводного обміну: в умовах гіперглікемії гриби активно використовують цукор для своїх метаболічних процесів і посилено розмножуються, викликаючи патологічні прояви на слизовій оболонці порожнини рота (СОПР) (Быков В.Л., Бутова С.А., 2007). При цьому суттєву роль відіграють фактори зниження імунітету, притаманні патогенезу цукрового діабету та розвитку хронічних кандидозів (ХК) СОПР.

Комплексні імунологічні дослідження крові та ротової рідини, проведені у здорових осіб з відсутністю уражень СОПР і у хворих на ХК СОПР на тлі початкових порушень вуглеводного обміну (ППВО) показали, що при даному захворюванні основні зміни виявляються як у системі місцевого, так і загального імунітету організму. Аналіз результатів проведених досліджень, свідчить про достовірні ($p < 0,001$) зміни більшості показників, що характеризують системний імунітет організму. При цьому встановлене значне зниження абсолютного і відносного вмісту CD3 фракції Т-лімфоцитів периферійної крові порівняно з контрольною групою здорових осіб та хворих на ХК без ППВО. Так, її вміст у здорових осіб склав $54,85 \pm 1,31$ %, у хворих на ХК без ППВО – $44,00 \pm 0,75$ %, у хворих на ХК з ППВО – $41,00 \pm 0,78$ % (при $p < 0,001$). У хворих на ХК з ППВО абсолютне число даного фактора склало $1,24 \pm 0,05 \times 10^9$ /л, у хворих на ХК без ППВО – $1,20 \pm 0,03 \times 10^9$ /л (проти $1,47 \pm 0,03 \times 10^9$ /л у контролі, при $p < 0,001$).

При порівнянні імунологічних показників здорових осіб і хворих на ХК СОПР на тлі ППВО встановлено, що розвиток даного захворювання супроводжується достовірним ($p < 0,001$) зниженням субпопуляцій імунокомпетентних клітин (CD4 і CD8). При цьому рівень CD4 фракції лімфоцитів був майже вдвічі нижчим, чим у осіб контрольної групи. У хворих на ХК СОПР без ППВО абсолютне число CD4 фракції склало $0,37 \pm 0,01 \times 10^9$ /л, у хворих ХК СОПР з ППВО – $0,32 \pm 0,01 \times 10^9$ /л, у той час як у контрольній групі – $0,63 \pm 0,02 \times 10^9$ /л. У процентному співвідношенні цей показник відповідно склав $28,96 \pm 0,51$ %, $29,17 \pm 0,45$ % і $34,61 \pm 0,79$ %.

При дослідженні CD8 фракції лімфоцитів крові отримані дані, що свідчать про достовірне ($p < 0,001$) зниження Т-супресорної функції у хворих. Причому, істотні реакції з боку супресорів/кілерів відзначені як у відносних, так і в абсолютних показниках. Абсолютне число даної фракції склало $0,28 \pm 0,01 \times 10^9$ /л у хворих з ХК на тлі ППВО, $0,30 \pm 0,01 \times 10^9$ /л – з ХК без ППВО (проти $0,34 \pm 0,01 \times 10^9$ /л у контролі) при ступені достовірності 99,9 %. Відносний вміст CD8 фракції лімфоцитів, що відповідає за реакції клітинного імунітету і здійснює імунологічний нагляд за антигенним гомеостазом в організмі, склав $18,54 \pm 0,71$ % в контролі, $15,26 \pm 0,29$ % при ХК без ППВО і $14,27 \pm 0,31$ % при ХК з ППВО (при $p < 0,001$). Однак, слід зазначити, що незважаючи на достовірність відмінностей цього показника, зниження абсолютних і відносних значень CD8 було менш вираженим, чим CD4, що знайшло відображення у показниках імунорегуляторного індексу.

Як відомо, провідне значення в оцінці стану імунної системи має співвідношення CD4/CD8. При аналізі співвідношення субпопуляцій виявлені достовірні відмінності ($p < 0,001$) у порівнянні з особами контрольної групи. Істотне зниження імунорегуляторного індексу виявлене у хворих на ХК СОПР з ППВО ($1,14 \pm 0,02$), у хворих на ХК без ППВО він також є нижчим ($1,23 \pm 0,02$ при показнику контрольної групи $1,85 \pm 0,02$).

Отримані результати свідчать про доцільність продовження системних досліджень ролі імунних порушень в патогенезі кандидозних уражень СОПР при початкових порушеннях вуглеводного обміну.



УДК: 616.314.-17-008.1-08-084:616.311.2-007.23

С. А. Шнайдер, д. мед. н., Т. В. Ніколаєнко

Одеський національний медичний університет

ОЦІНКА ПАРОДОНТОПРОТЕКТОРНОЇ ДІЇ ГЕЛЮ, ЩО МІСТИТЬ 0,2 % ГІАЛУРОНОВУ КИСЛОТУ, В ЕКСПЕРИМЕНТІ У ЩУРІВ

Дистрофічно-деструктивні процеси в пародонті прогресують з віком. Поширеність захворювань пародонту досягає у осіб молодого віку (до 30 років) 50-60 %, у осіб старших 40 років – 100 % (Вишняк Г.Н., 1999). Більшість дослідників зв'язують цей факт з доведеним вікозалежним зменшенням мінеральної насиченості і щільності кісткової тканини скелета, що призводить до виникнення остеопенічного синдрому, а при втраті 30-40 % мінеральних речовин в кістковій тканині – розвитку остеопорозу (Поворознюк В. В. із співавт., 1995-2000).