

ОСОБЕННОСТИ МЕСТНОГО ИММУНИТЕТА И ЦИТОКИНОВОГО СПЕКТРА КРОВИ ПРИ АТОПИЧЕСКОМ ДЕРМАТИТЕ

Парахонский А.П., Цыганок С.С.

Медицинский институт высшего сестринского образования

Кубанский медицинский университет

Краснодар, Россия

FEATURES OF LOCAL IMMUNITY AND OF CYTOKINES SPECTRUM OF BLOOD AT ATOPIC DERMATITIS

Parakhonsky A.P., Tsyganok S.S.

Medical institute of the supreme sisterly education

Kuban medical university

Krasnodar, Russia

Широкое распространение атопического дерматита (АтД) обусловило необходимость углублённого изучения этой патологии. Развитие аллергического воспаления при (АтД) связано с нарушением баланса лимфоцитов хелперов Th1/Th2-типа в иммунном ответе. По современным представлениям о патогенезе АтД значимое место в функционировании иммунной системы отводится показателям клеточного звена иммунитета - Т-клеткам с хелперной активностью, продуцирующим цитокины разнонаправленного действия. Цитокины, формирующие универсальную биологическую коммуникационную систему, инициирующие и регулирующие воспалительные, иммунные и метаболические процессы играют важную роль в развитии и течении аллергической патологии.

Цель исследования - анализ характера нарушений местного иммунитета кожи и установление роли интерлейкинов (ИЛ-6,8,10), фактора некроза опухоли (ФНО α), интерферона (ИФ γ) в формировании различных клинических форм АтД. Под наблюдением находилось 60 больных АтД. Для изучения местного иммунитета кожи был использован метод «кожного окна». Уровень цитокинов (ИЛ-6,8,10, ФНО α , ИФ γ) определяли методом иммуноферментного анализа.

Установлено, что содержание иммуноглобулина А (IgA) в экссудате «кожного окна» достоверно снижено ($p < 0,05$) при IgE-ассоциированном АтД в сравнении с не-IgE-ассоциированным АтД и контрольной группой. Количество IgG при разных видах дерматита достоверно не различалось. Присутствие IgM не было обнаружено ни в одной из групп. Уровень IgE в экссудате при IgE-ассоциированном АтД был достоверно выше ($p < 0,05$) чем при не-IgE-ассоциированном.

Показано, что для АтД характерно наличие в экссудате «кожного окна» секреторного IgA, который является основным эффектором местного иммунитета; снижение IgA и повышение IgE при различных клинико-морфологических формах АтД. Количественные характеристики IgE оказались дифференциально-диагностическими. При распространённом процессе в обеих формах АтД прослеживалась тенденция к снижению показателей IgA в экссудате, у больных с локализованным процессом до 70% от контрольных значений. Все формы АтД сопровождалась повышенным содержанием IgE в экссудате «кожного окна». Достоверно более высокие показатели ($p < 0,05$) отмечались при распространённой форме IgE-ассоциированного АтД.

При определении уровня цитокинов в крови больных с АтД в период ремиссии не было выявлено связи с его разными клиническими формами, а также с возрастом и полом обследованных пациентов. Это свидетельствует о преобладании Th2-типа иммунного ответа и предполагает аналогичные звенья патогенеза в этих группах больных АтД, несмотря на различные пусковые механизмы заболевания. При исследовании цитокинов сыворотки у больных АтД в период обострения, отмечено, что уровень продукции ИФ γ был достоверно снижен у пациентов с тяжёлым и среднетяжёлым течением, а содержание интерлейкина (ИЛ-10) было выше, чем при лёгком течении ($p < 0,05$). Уровень ИЛ-6 сыворотки при тяжёлом и среднетяжёлом течении заболевания значительно превышал этот показатель ($p < 0,05$) у

больных с лёгким течением.

Аналогичные результаты получены при определении уровня ИЛ-8 у больных АтД в период обострения. Высокие концентрации фактора некроза опухоли (ФНО α) в крови обнаружены у пациентов с тяжёлым и среднетяжёлым течением. Продукция ИФ γ у больных с различной распространённостью поражения кожных покровов достоверно не отличалась. При анализе уровня ИЛ-10 сыворотки отмечено его достоверное повышение при диффузных и распространённых формах по сравнению с локальным поражением. Уровень ФНО α был достоверно выше при диффузном и распространённом поражении кожных покровов, чем при локальном. Аналогичная динамика у таких пациентов отмечена и для ИЛ-6 ($p < 0,05$). Уровень ИЛ-8 был достоверно выше при распространённом и диффузном поражении кожи, чем при ограниченном процессе. Степень высвобождения провоспалительных цитокинов напрямую зависела от распространённости и степени тяжести процесса при АтД. Наибольшие концентрации отмечались при тяжёлом и среднетяжёлом течении заболевания, и при распространённом и диффузном поражении кожи.

Таким образом, состояние факторов местного иммунитета при АтД зависит от клинико-морфологических форм заболевания. Выявленное повышение уровня IgE, появление секреторного IgA, на фоне снижения показателя общего IgA в экссудате «кожного окна» в период обострения свидетельствует о недостаточности местного иммунитета при данном заболевании. При АтД независимо от формы заболевания в период обострения имеет место провоспалительная цитокинемия (ИЛ-6,8,10, ФНО α) на фоне снижения уровня ИФ γ , напрямую зависящая от тяжести и распространённости заболевания. Изменения в системе цитокинов при АтД отражают дисбаланс в субпопуляциях иммунокомпетентных клеток.