

ИММУНОКОРРЕКЦИЯ

ПОВЫШЕНИЕ УРОВНЯ IL-8 В КРОВИ КАК ПОКАЗАТЕЛЬ И ПРИЧИНА РАЗВИТИЯ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРОДОНТА (ВЗП)

Алексеева Е.С.

*СПбГМУ им. акад. И.П. Павлова,
Санкт-Петербург, Россия*

Провоспалительные цитокины играют важную роль при развитии воспалительных процессов.

Целью представляемой работы было выявление связи уровня IL-8 в крови с развитием хронических воспалительных заболеваний пародонта.

В динамике было обследовано 125 больных с ВЗП, из которых у 80 был диагностирован хронический генерализованный катаральный гингивит (ХГКГ) и у 45 – хронический генерализованный пародонтит (ХГП).

Больные подвергались лечению по общепринятой методике, 25% из них получала дополнительное лечение с применением противовирусного, интерферогенного иммуностропного препарата «Полирем». У больных изучали стоматологические индексы, характеризующие состояние пародонта. В сыворотке крови определяли уровень IL-8 с использованием тест-системы для иммуноферментного анализа (ТОО «Цитокин», Санкт-Петербург, 1998).

Было установлено, что до лечения у больных ХГКГ уровень IL-8 составляет в среднем $1,28 \pm 0,03$ пг/мл. У больных ХГП – $2,5 \pm 0,04$ пг/мл, что в 3-5 раз превышает контрольные цифры.

В результате лечения с применением «Полирема» уровень IL-8 снижался при ХГКГ до $0,58 \pm 0,02$ пг/мл, при ХГП – до $0,7 \pm 0,05$. Лечение без «Полирема» обеспечивало снижение уровня IL-8 до $0,7 \pm 0,03$ и $0,9 \pm 0,03$ пг/мл, соответственно.

Показатели уровня IL-8 достоверно коррелировали с состоянием пародонта: при низком уровне IL-8 нулевые значения папилло-маргинально-альвеолярного индекса (ПМА) отмечены у 89,7% обследованных, высокие показатели (более 25) не обнаружены. При высоком содержании IL-8 нулевые значения ПМА зарегистрированы в 20,6%, высокие – в 54,0%.

Показателями высокой стойкости капилляров десны при низкой активности IL-8 обладали 86,4% обследованных, при высокой активности – лишь 15,0%.

Уровень IL-8 может быть использован как показатель дифференцировки ХГКГ и ХГП. До начала лечения при уровне IL-8 до 1 пг/мл все обследованные имели клинический диагноз ХГКГ, при уровне 1,3 пг/мл и выше – ХГП.

Повышенная продукция провоспалительного цитокина IL-8 является одним из факторов патогенеза воспалительных заболеваний пародонта, поэтому с целью снижения данного фактора риска следует рекомендовать использование препарата «Полирем».

ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ МОНОКЛОНАЛЬНЫЕ АНТИТЕЛА

Барышников А.Ю.

НИИ экспериментальной диагностики и терапии опухолей ГУ Российский онкологический научный центр им. Н. Н. Блохина РАМН, Москва, Россия

Моноклональные антитела (МКА) используются в диагностике различных заболеваний, в том числе и онкологических. Однако в последнее время их стали применять в терапии злокачественных заболеваний в качестве таргетной терапии, т.е. терапии, направленной на определенные мишени. Такие МКА или блокируют поверхностные клеточные рецепторы, прерывают пути передачи сигналов, или индуцируют апоптоз. На основе двух МКА ICO-90 и ICO-25, полученных в Онкоцентре, разработаны совместно с другими учреждениями терапевтические МКА. МКА АТЕМА, созданные на основе МКА ICO-90, направлены против антигена CD3 Т-лимфоцитов человека. Соединяясь с комплексом CD3/TcR на поверхности активированных Т-клеток, МКА индуцируют апоптоз. АТЕМА создана для купирования острой реакции отторжения трансплантатов. Препарат АТЕМА успешно проходит II фазу клинических испытаний в клиниках Москвы при остром отторжении трансплантата почки. Терапевтические МКА ИМУТЕРАН разработаны на основе МКА ICO-25, направленных против MUC-1 антигена. Эти МКА успешно проходят II фазу клинических испытаний. В лекции будут представлены данные о зарубежных и отечественных терапевтических МКА и перспективы их использования.

КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ И ИММУНОЛОГИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ПРИМЕНЕНИЯ РОНКОЛЕЙКИНА ПРИ КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ТЯЖЕЛОБОЖЖЕННЫХ.

Бекмуратов А.Я.¹, Саввулиди Ф.Г.²,
Глеулиева Р.Т.², Беляев Н.Н.²

*¹Городская клиническая больница № 4,
²Институт молекулярной биологии и биохимии,
Алматы, Казахстан*

Ожоги являются одним из самых распространенных травматических поражений. Известно, что при термической травме наблюдаются существенные сдвиги в иммунном статусе пострадавших, что влечет за собой зачастую инфекционные осложнения ожоговой болезни, такие как сепсис, пневмония и другие. В этой связи, использование современных иммуномодуляторов при лечении тяжелых ожогов представляется очень перспективным. Нами начато изучение эффективности применения рекомбинантного IL-2 (Ронколейкина) у больных с обширными ожогами.

Ронколейкин включали в комплексную терапию 21 больного (14 мужчин и 7 женщин) с ожогами от 8 до 60% поверхности тела при площади глубокого поражения от 5

до 50% поверхности тела. Ронколейкин вводили внутривенно капельно в дозе 500 тыс. МЕ трижды через каждые 2 дня. Иммунологические показатели оценивали у 10 больных до лечения и после последнего введения Ронколейкина. В качестве контроля использовали кровь 8 здоровых доноров. Активность Т- и В-клеток оценивали в тесте бластной трансформации лимфоцитов мононуклеарной фракции периферической крови, выделенной на градиенте фикол-верографина, стимулированных ФГА или ЛПС. Продукцию ИЛ-2 Т-лимфоцитами оценивали в тесте индукции мононуклеаров ФГА с помощью ИФА (Протеиновый контур, С.-Петербург). Продукцию ИЛ-1 моноцитами/макрофагами периферической крови, выделенными адгезией на пластике из мононуклеарной фракции, определяли с помощью биологического метода в тесте костимуляции тимоцитов молодых мышей. Содержание TNF- α в периферической крови определяли с помощью ИФА (Протеиновый контур).

В процессе лечения Ронколейкином клинически достоверно улучшилось состояние ран, что позволило успешно оперативно восстановить кожный покров. В период острой ожоговой токсемии клиническая эффективность Ронколейкина оценена, как хорошая или удовлетворительная у 100% больных. В период септикотоксемии применение препарата дало хороший и удовлетворительный клинический результат в 45,5 и 54,5% случаев соответственно. Активность Т- и В-клеток, по нашим данным, у ожоговых больных в среднем не отличалась от здоровых доноров и не изменялась в ходе лечения. Уровень TNF- α у больных также не отличался от контроля. Продукция ИЛ-1 моноцитами была в среднем несколько понижена, но по критерию Стюдента не отличалась от контроля. Однако прослеживалось деление больных на две группы: (1) больные, у которых исходный средний уровень продукции ИЛ-1 был выше, чем в контроле на 20%, (2) больные, у которых исходный средний уровень ИЛ-1 был ниже, чем в контроле на 30%. В обеих группах после лечения уровень продукции ИЛ-1 возвращался к норме. Уровень продукции ИЛ-2 у больных до лечения был существенно ниже ($32,8 \pm 10,0$ пг/мл), чем в контроле ($81,0 \pm 6,1$ пг/мл). После лечения он возвращался к норме ($85,9 \pm 10,8$ пг/мл).

Таким образом, Ронколейкин показал высокую клиническую эффективность при лечении ожоговых больных в тяжелой форме. Препарат хорошо переносился больными. Наибольший клинический эффект наблюдался после второй инфузии. Наиболее поврежденным звеном иммунной системы оказалась способность Т-лимфоцитов к продукции ИЛ-2. После лечения Ронколейкином в комплексе с традиционными методами эта функция полностью восстанавливалась.

ВЛИЯНИЕ САПОНИНСОДЕРЖАЩЕГО ЭКСТРАКТА *SAPONARIA OFFICINALIS* НА ИММУНОГЕННОСТЬ РЕКОМБИНАНТНЫХ БЕЛКОВ ВИРУСА ГЕПАТИТА С

Богоявленский А.П., Березин В.Э., Прилипов А.Г.*, Толмачева В.П., Худякова С.С., Махмудова Н.Р., Тустикбаева Г.Б., Левандовская С.В., Ермакова О., Омиртаева Э.

*Институт микробиологии и вирусологии,
Алматы, Казахстан;*

*Институт вирусологии им. Д.И.Ивановского
РАМН, Москва, Россия**

Иммуногенность белков, как правило, зависит от их пространственной организации. Особое значение приобретает использование рекомбинантных белков, синтезированных под контролем регуляторных элементов прокариотической

клетки продуцента, не способных синтезировать гликозидные элементы амфифильных белков в качестве антигенов.

В наших экспериментах проводилось изучение влияния сапонинсодержащего экстракта *Saponaria officinalis* на иммуногенность рекомбинантных белков вируса гепатита С Е1 и Е2. Надмолекулярные комплексы вирусных антигенов и сапонинсодержащего экстракта были сформированы ступенчатым экстенсивным диализом при переводе белков из раствора мочевины в раствор детергента МЭСК с последующим удалением поверхностно-активного вещества.

В ходе экспериментов было показано, что использование сапонинсодержащего экстракта позволяет стимулировать образование специфических иммуноглобулинов различных подклассов. Кроме того, установлено увеличение количества INF- γ , ИЛ-2, ИЛ-4, ИЛ-10.

Таким образом, использование сапонинсодержащего экстракта *Saponaria officinalis* способно стимулировать образование гуморального и клеточного иммунитета к рекомбинантным белкам вируса гепатита С.

ПРИМЕНЕНИЕ ГАЛАВИТА У БОЛЬНЫХ С ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫМИ ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ОСЛОЖНЕНИЯМИ

Бунятян К.А., Винницкий Л.И., Инвянева Е.В.

*Российский научный центр хирургии РАМН,
Москва, Россия*

Уже является доказанным необходимость применения иммунокорректирующих препаратов в комплексном лечении различных заболеваний при выявленной вторичной иммунной недостаточности.

Целью настоящего исследования явилась оценка эффективности и безопасности применения отечественного иммунокорректора галавит при лечении ранних послеоперационных гнойно-воспалительных осложнений у хирургических больных.

В исследование были включены 95 хирургических больных с заболеваниями сердца, сосудов, легких, трахеи, органов брюшной полости, а также посттравматическим остеомиелитом конечностей, у которых развились ранние послеоперационные гнойно-воспалительные осложнения, такие как трахеобронхит, пневмония, медиастенит, панкреонекроз, перитонит, нагноение послеоперационной раны. У всех больных была выявлена вторичная иммунная недостаточность, комбинированный тип нарушений (по классификации ВОЗ).

Все больные данной группы получали галавит внутримышечно 0,1 г через день курсом 15-20 инъекций на фоне общепринятой антибактериальной и симптоматической терапии. Контрольную группу составили 20 больных с различной хирургической патологией (идентичной по нозологиям основным группам больных) с гнойно-воспалительными послеоперационными осложнениями, получавших стандартную общепринятую терапию без применения иммунокорректирующих препаратов.

Для исследования иммунного статуса использовали метод проточной лазерной цитометрии на приборе FACScan фирмы «Becton Dickinson» (США) с использованием моноклональных антител производства НПЦ «Сорбент» (Россия) к дифференцировочным и активационным маркерам, меченным FITC. Уровень иммуноглобулинов трех основных классов IgA, IgM, IgG определяли методом радиальной иммунодиффузии с помощью иммунодиффузионных планшетов производства «РЕАФАРМ», Москва. Фагоцитарную активность нейтрофилов (ФАН) определяли с использовани-