

8. Садова Н. В. Диагностика, профилактика и лечение перинатальной Streptococcus agalactiae инфекции / Н. В. Садова, А. Л. Заплатников, О. Ю. Шипулина [и др.] // *Мать и дитя. Педиатрия*. – 2011. – № 22. – С. 1334 – 1336.
9. Шкоба Л. С. Профилактика інтраамніального інфікування у вагітних після допоміжних репродуктивних технологій: автореф. дис. на здоб. наук. ст. к. мед. наук : спец. 14.00.01 «Акушерство та гінекологія» / Л.С. Шкоба // – К., 2005. – 19 с.
10. Apgar B. S. Prevention of Group B Streptococcal disease in the newborn / B. S. Apgar, G. Greenberg, G. Yen // *Am. Fam. Physician*. – 2005. – Mar.1, Vol. 71(5). – P. 903 – 910.
11. Baltimore R. S. Early-onset neonatal sepsis in the era of group B streptococcal prevention / R. S. Baltimore, S. M. Huie, J. I. Meek [et al.] // *Pediatrics*. – 2001. – Vol. 108. – P. 1094–1098.
12. Berner R. Group B-Streptococcus during pregnancy and infancy / R. Berner // *Curr. Opin. Infect.* – 2002. – Vol. 15. – P. 307 – 313.
13. Centers for Disease Control and Prevention: Prevention of perinatal group B streptococcal disease // *Morbidity and Mortality Weekly Report*. – 2002. – Vol. 51. – P. 1 – 22.
14. Committee on infectious diseases and committee on fetus and newborn. Recommendations for the prevention of perinatal Group B Streptococcal (GBS) disease // *Pediatrics*. – 2011. – № 1. – P. 128:000.
15. Schrag S. Prevention of perinatal group B streptococcal disease. Revised guidelines from the CDC / S. Schrag, R. Gorwitz, K. Fultz-Butts [et al.] // *MMWR Recomm. Rep.* – 2002. – Vol. 51 (RR-11). – P. 1 – 22.

Реферати

ВЛИЯНИЕ СТРЕПТОКОККА ГРУППЫ «В» НА ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ, РОДОВ И ПОСЛЕРОДОВОГО ПЕРИОДА У СГВ-ПОЛОЖИТЕЛЬНЫХ БЕРЕМЕННЫХ ПОСЛЕ ЭКО

Перебендюк Т.В.

Изучено течение беременности и родов у СГВ-положительных беременных после ЭКО на фоне применения различных схем профилактики и лечения интраамниального СГВ-инфицирования плода. Установлено, что обострение урогенитальной патологии во время беременности, несомненно ассоциируется с СГВ-колонизацией беременной. При использовании предложенной схемы лечебно-профилактических мероприятий интраамниального инфицирования плода наблюдается достоверное уменьшение количества беременных с осложнениями во время беременности и родов.

Ключевые слова: ЭКО, интраамниальное инфицирование, стрептококк группы В, беременность, роды.

Статья надійшла 15.01.2014 р.

IMPACT OF GROUP B STREPTOCOCCUS ON THE MOTION OF PREGNANCY, LABOR AND POSTPARTUM PERIOD OF GBS-POSITIVE PREGNANT AFTER IVF

Perebenduk T.V.

The motion of pregnancy and labor at GBS-positive pregnant women after IVF against application of various schemes of prevention and treatment of intra-uterine GBS-infection of a fetus is studied. It is established that the exacerbation of urogenital pathology during pregnancy, undoubtedly associates with GBS-colonization of the pregnant woman. When using the offered scheme of treatment-prophylactic actions of intra-uterine infection of a fetus reliable reduction of number of pregnant women with complications is observed during pregnancy and labor.

Key words: IVF, intra-uterine infection, group B streptococcus, pregnancy, labor.

Рецензент Ліхачов В.К.

УДК 616.716.8-002-053-2-085

П.І. Ткаченко, Л.Е. Весніна, В.О. Доброскок, М.В. Микитюк
В ДІЗ України «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава

РОЛЬ РЕГУЛЯЦІЇ РІВНЯ ІНТЕРЛЕЙКІНІВ У РЕАЛІЗАЦІЇ ПЕРЕБІГУ ГОСТРОГО ГНІЙНОГО ПІДНИЖНЬОЩЕЛЕПНОГО ЛІМФАДЕНІТУ У ДІТЕЙ

В статті наведено клінічну характеристику перебігу гострого гнійного піднижньощелепного лімфаденіту у дітей та представлено динаміку зміни рівнів про- та протизапальних інтерлейкінів в ротовій рідині та сироватці крові при включенні до складу протокольних заходів препарату цитокінового ряду поліоксидонія. Отримані результати дають можливість стверджувати про його виражену імуномодельюючу дію, що дає змогу використовувати його і при інших нозологічних формах гнійного запалення.

Ключові слова: діти, лімфаденіт, поліоксидоній.

Робота є фрагментом НДР «Комплексне дослідження генетично обумовлених особливостей NF-kB опосередкованої сигнальної трансдукції, що визначає розвиток хронічного системного запалення у хворих на метаболічний синдром та цукровий діабет 2-го типу», державний реєстраційний номер 0111U 001774.

Цитокіни, в першу чергу, регулюють імунну відповідь на рівні тканинних структур за участю різних формених елементів крові, ендотелію, сполучної тканини і епітелію. Захист на місцевому рівні розвивається шляхом формування типової запальної реакції з її класичними проявами: виникненням набряку, почервонінням, появою больового синдрому та порушенням функції. В результаті у хворого підвищується температура тіла, як один із проявів механізму захисту, адже більшість мікроорганізмів повільніше розмножуються при цьому, а клітини, які виконують захисну функцію стають більш активні при такій температурі [11,13].

В останні роки все частіше увагу дослідників привертає питання вивчення вмісту цитокінів в різних біологічних субстратах, які являються діагностичними та прогностичними маркерами при ряді захворювань. Зокрема, представлені результати комплексного дослідження компонентів системи

цитокінів на локальному і загальному рівнях при захворюваннях легенів (позалікарняної, нозокоміальної пневмонії, туберкульозі), вірусних інфекціях (геморагічна лихоманка з нирковим синдромом, вірусний гепатит С) [1,12]; при деструктивних запальних захворювань (ревматоїдний артрит, парадонтит) [6,7,9]; при гемобластозах у дітей [8]. В свою чергу, доведена також досить вагома роль регуляції складових компонентів системи інтерлейкінів у перебігу одонтогенних і неодонтогенних абсцесів та флегмон ЩЛД, проте дані дослідження проводились в основному у дорослих [2,14].

З огляду на це, простежуються перспективи щодо застосування імунокорегуючих препаратів даної спрямованості у дітей з гострим гнійним лімфаденітом з метою підвищення ефективності лікувальних заходів. Дані лікарські препарати являються генно-інженерними аналогами ендогенних цитокінів людини - пептидиних медіаторів імунного походження. З

а рахунок активації цитокінової системи рекомбінантні цитокіни впливають на окремі ланцюги патогенезу запального процесу та сприяють загальній стимуляції імунної відповіді. Основна мета проведення імунозамісної терапії цитокіновими препаратами – підвищення імунологічної реактивності організму шляхом активації окремих складових елементів імунної системи для досягнення клінічного ефекту [3,5,15].

На основі цитокінів в останні роки розробляються нові фармакологічні препарати, які з успіхом використовуються в лікуванні хворих із запальними захворюваннями щелепно-лицевої ділянки.

На кафедрі імунології Російського державного медичного університету розроблено оригінальний метод локальної аутоцітокінотерапії, заснований на місцевому застосуванні натуральних композицій цитокінів, що секретуються лімфоцитами периферичної крові пацієнта. Цей метод має ряд переваг перед застосуванням рекомбінантних цитокінів, адже комплекс, який представлений їх природною комбінацією регулює перебіг запалення на всіх стадіях ранового процесу і не чинить токсичної дії [16,19].

Таким чином, виразність активності клінічних проявів запалення на місцевому і загальному рівнях в значній мірі залежить від складових цитокінового профілю в різних середовищах і тканинах. Питання стосовно ролі різновидів прозапальних та протизапальних інтерлейкінів у перебігу гострого гнійного лімфаденіту саме у дітей майже не вивчалось, що і обумовлює необхідність проведення наукових досліджень в даному напрямку.

Метою роботи було вивчення рівнів про- та протизапальних інтерлейкінів в ротовій рідині і сироватці крові в динаміці лікування гострого гнійного лімфаденіту щелепно-лицевої ділянки у дітей.

Матеріал та методи дослідження. Під нашим наглядом знаходилось 10 хворих віком від 7 до 12 років з гострим гнійним піднижньощелепним лімфаденітом, що знаходились на стаціонарному лікуванні в хірургічному відділенні дитячої міської клінічної лікарні м. Полтава.

Групу порівняння склали 10 практично здорових дітей того ж віку.

Всім пацієнтам було проведено загальноклінічне обстеження, забір ротової рідини натщесерце та периферійної венозної крові на час госпіталізації і при одужанні, які зберігалися при температурі - 20°C в рефрижераторі до часу проведення дослідження. Рівень прозапальних (ІЛ-1β, ІЛ-4, ІЛ-6) та протизапальних цитокінів (ІЛ-8, ІЛ-10) визначали методом твердофазного імуоферментного аналізу за допомогою реактивів тест – системи «Цитокін» (Санкт – Петербург, Россия) відповідно інструкції.

Статистичний аналіз проведено з використанням пакета програм “Microsoft Excel 2003” та “SPSS for Windows. Release 13.0”. Враховуючи подальший розподіл отриманих даних, при порівнянні груп дослідження використовували критерій Стьюдента для вибірок, а різницю рахували з помилкою при $p < 0,05$ [4].

Результати дослідження та їх обговорення. Свого часу нами було проведено вивчення цитокінового профілю в ротовій рідині і сироватці крові у 10 хворих з гострим гнійним піднижньощелепним лімфаденітом [16,18], яке дозволило встановити підвищення в даних біологічних субстратах рівня прозапальних і зниження протизапальних інтерлейкінів. Лікування їх за протоколом надання медичної допомоги не дало змоги в повній мірі знівелювати виявлені порушення на час клінічного одужання.

Це спонукало нас до додаткового включення до його складу імуномодулятора поліоксидонія, який призначався внутрішньом'язово в дозуванні 0,1мг/кг маси тіла через день, курс 4 ін'єкції. На період первинного обстеження у всіх хворих відмічалась асиметрія обличчя, виражена в різній мірі, за рахунок припухлості м'яких тканин у піднижньощелепній ділянці. Пальпаторно визначались інфільтративні зміни з колатеральним набряком шкіряних покривів і незначною гіперемією їх (рис.

1). Симптом флюктуації простежувався у всіх пацієнтів, обмежувалось відкривання рота і посилювались больові відчуття при артикуляції.

Всім дітям, після встановлення клінічного діагнозу, проведено розтин гнійника під внутрішньовенним кетаміновим наркозом. При проведенні клінічного обстеження на першу добу після оперативного втручання всі хворі та їх рідні відмічали покращення загального самопочуття не дивлячись на те, що деякі ознаки притаманні гострому запаленню залишились, але їх прояви носили менш виражений характер.

Зокрема, знижувалась температура тіла, інтенсивність болю, покращувався апетит, діти ставали активнішими. На цей час навколо рани зберігався колатеральний набряк та інфільтративні зміни, прослідковувався вінчик гіперемії шкіри по її периферії.

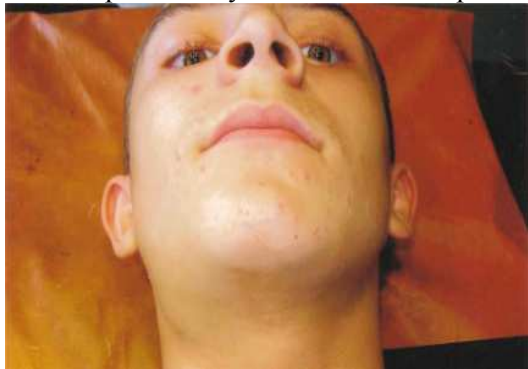


Рис. 1 Зовнішній вигляд хворого Я., 10 років, історія хвороби № 9015. Діагноз: гострий гнійний піднижньощелепний лімфаденіт справа.

Пальпаторне обстеження супроводжувалось больовими відчуттями, а із ранового каналу виділявся гнійний ексудат в незначній кількості. Поверхня рани, стінки ранового каналу і дно порожнини гнійника були вкриті помірною кількістю фібринозно – некротичного нальоту, який інтимно утримувався на них. Середня площа ранової поверхні становила $225,45 \pm 11,09$ мм².

Через 3 дні навколо рани були присутні незначний набряк м'яких тканин, інфільтративні зміни та вінчик гіперемії шкірних покривів. При пальпації та натисканні на прилеглі тканини із ранового каналу виділялась мізерна кількість гнійного ексудату.

Ранова поверхня та видимі ділянки ранового каналу були представлені яскравими, чистими островцями грануляційної тканини з поодинокими розташованими тяжами сіруватого фібрину, а її площа зменшилась на цей час до $149,78 \pm 13,02$ мм², що становить 16,8% за добу ($p < 0,05$).

Таблиця 1

Рівень прозапальних і протизапальних інтерлейкінів в ротовій рідині (M±σ)

Показник (пг/мл)	Контрольна група (n=10)	Хворі			
		Лікування за протоколом		Лікування з доповненням	
		на час госпіталізації (n=10)	на час одужання (n=10)	на час госпіталізації (n=10)	на час одужання (n=10)
IL-1β	142,86±7,06	165,88±4,12 $p_1 < 0,05$	149,91±5,99 $p_2 < 0,05$ $p_3 \leq 0,05$	164,75±3,67 $p_1 < 0,05$	144,48±5,81 $p_2 > 0,05$ $p_3 \leq 0,05$ $p_4 \leq 0,05$
IL-4	5,49±0,41	4,27±0,51 $p_1 < 0,05$	4,72±0,65 $p_2 < 0,05$ $p_3 < 0,05$	4,02±0,35 $p_1 < 0,05$	5,67±0,38 $p_2 > 0,05$ $p_3 \leq 0,05$ $p_4 \leq 0,05$
IL-6	3,16±0,68	9,06±0,66 $p_1 < 0,05$	6,23±1,10 $p_2 < 0,05$ $p_3 \leq 0,05$	8,72±0,27 $p_1 < 0,05$	3,77±0,42 $p_2 < 0,05$ $p_3 \leq 0,05$ $p_4 \leq 0,05$
IL-8	5,77±0,67	13,74±0,74 $p_1 < 0,05$	10,37±0,64 $p_2 < 0,05$ $p_3 \leq 0,05$	13,36±0,46 $p_1 < 0,05$	5,99±0,47 $p_2 > 0,05$ $p_3 \leq 0,05$ $p_4 \leq 0,05$
IL-10	2,24±0,18	1,70±0,15 $p_1 < 0,05$	1,92±0,10 $p_2 < 0,05$ $p_3 \leq 0,05$	1,64±0,20 $p_1 < 0,05$	2,18±0,12 $p_2 > 0,05$ $p_3 \leq 0,05$ $p_4 \leq 0,05$

Примітки: тут і далі: 1. p_1 – вірогідність різниці між показниками контрольної групи і хворими на час госпіталізації. 2. p_2 – вірогідність різниці між показниками контрольної групи і хворими на час одужання. 3. p_3 – вірогідність різниці між показниками у хворих на час госпіталізації та на час одужання. 4. p_4 – вірогідність різниці між показниками у хворих на час одужання при лікуванні за протоколом і за протоколом з доповненням.

На 7 добу після оперативного втручання хворі діти та їх рідні скарж не мали. При пальпаторному обстеженні простежувалась незначна інфільтрація м'яких тканин по ходу ранового каналу і відбувалась контракція країв рани, площа якої рівнялась $125,56 \pm 11,17 \text{ мм}^2$ ($p < 0,05$).

Виділень не було, вся ранова поверхня була вкрита яскравими соковитими грануляціями і в середньому за добу її площа скорочувалась на 7,4%.

Загалом, клінічні прояви перебігу гострого гнійного лімфаденіту в даній групі хворих були значно ліпшими, як і візуальні ознаки якості репаративної регенерації рани при співставленні з пацієнтами, які лікувались за протоколом [10].

Порівняння показників в групах спостереження на час виписки із стаціонару дозволило встановити, що запропоноване лікування призвело до того, що на час виписки рівні IL-1 β ; IL-4; IL-8; IL-10 в ротовій рідині практично не відрізнялись від показників контрольної групи дітей. Виключення становив IL-6, який залишався вищим в 1,2 рази.

Слід зауважити, що в порівнянні з хворими, що лікувались за протоколом, в цій групі вміст IL-1 β і IL-10 нормалізувався, рівні IL-4, IL-6 були кращими в 1,2, IL-8 в 1,7 рази, відповідно (табл. 1).

Таблиця 2

Рівень прозапальних і протизапальних інтерлейкінів в сироватці крові (M \pm σ)

Показник (пг/мл)	Контрольна група (n=10)	Хворі			
		Лікування за протоколом		Лікування за протоколом з доповненням	
		на час госпіталізації (n=10)	на час одужання (n=10)	на час госпіталізації (n=10)	на час одужання (n=10)
IL-1 β	5,78 \pm 0,15	11,31 \pm 0,10 $p_1 < 0,05$	8,19 \pm 0,14 $p_2 < 0,05$ $p_3 \leq 0,05$	11,46 \pm 0,25 $p_1 < 0,05$	6,02 \pm 0,17 $p_2 > 0,05$ $p_3 \leq 0,05$ $p_4 \leq 0,05$
IL-4	2,71 \pm 0,15	3,77 \pm 0,09 $p_1 < 0,05$	3,17 \pm 0,13 $p_2 < 0,05$ $p_3 \leq 0,05$	3,65 \pm 0,22 $p_1 < 0,05$	2,84 \pm 0,11 $p_2 > 0,05$ $p_3 \leq 0,05$ $p_4 \leq 0,05$
IL-6	5,15 \pm 0,16	8,35 \pm 0,14 $p_1 < 0,05$	6,79 \pm 0,10 $p_2 < 0,05$ $p_3 \leq 0,05$	8,26 \pm 0,25 $p_1 < 0,05$	6,21 \pm 0,14 $p_2 < 0,05$ $p_3 \leq 0,05$ $p_4 \leq 0,05$
IL-8	1,62 \pm 0,10	2,82 \pm 0,12 $p_1 < 0,05$	2,34 \pm 0,11 $p_2 < 0,05$ $p_3 \leq 0,05$	2,78 \pm 0,06 $p_1 < 0,05$	1,92 \pm 0,13 $p_2 < 0,05$ $p_3 \leq 0,05$ $p_4 \leq 0,05$
IL-10	1,91 \pm 0,12	1,20 \pm 0,01 $p_1 < 0,05$	1,42 \pm 0,01 $p_2 < 0,05$ $p_3 \leq 0,05$	1,19 \pm 0,03 $p_1 < 0,05$	1,82 \pm 0,04 $p_2 > 0,05$ $p_3 \leq 0,05$ $p_4 \leq 0,05$

Стосовно вмісту їх в сироватці крові, то на час клінічного одужання картина була наступна – інтерлейкіни IL-1 β , IL-4 і IL-10 досягали контрольних величин, а прозапальні IL-6 і IL-8 так і залишались підвищеними в 1,2 рази.

При співставленні їх рівнів в групах спостереження встановлено, що запропонований обсяг лікувальних заходів з включенням до його складу поліоксидонія дозволив поліпшити ситуацію і концентрація прозапальних IL-1 β ; IL-6; IL-8 була нижчою в 1,3; 1,1; 1,2 рази, відповідно. Рівень же протизапальних IL-4 і IL-10 став кращим в 1,1 і 1,2 рази, відповідно (табл. 2).

Висновок

Включення до складу лікувальних протокольних заходів поліоксидонія дозволило поліпшити умови для репаративної регенерації рани, особливо на третю добу спостереження та знівелювати зміни складових компонентів цитокинового профілю як в ротовій рідині, так і в сироватці крові. Підтвердженням тому являється і прискорення в 1,2 рази швидкості контракції країв рани на час клінічного одужання в групі хворих, котрі отримували поліоксидоній.

Перспективи подальших досліджень. Планується подальше вивчення імуномодуючої ефективності поліоксидонія при інших нозологічних формах гострого запалення у дітей щелепно-лицевої локалізації.

Список літератури

1. Астафьев А. В. Динамика уровня цитокинов и качества жизни у больных внебольничной пневмонией на фоне хронической обструктивной болезни легких / А. В. Астафьев, В. И. Совакин // Омский научный вестник. – 2009. – № 1. – С. 56–60.
2. Ахмедов Г.Д. Влияние на цитокиновый статус антибактериальной и иммуномодулирующей терапии инфекционно-воспалительных осложнений хирургических вмешательств в полости рта / Г. Д. Ахмедов Т. В. Царёва / Стоматология. – 2011. – № 4. – С. 13-15.
3. Абатуров А. Е. Инициация воспалительного процесса при вирусных и бактериальных заболеваниях, возможности и перспективы медикаментозного управления / А. Е. Абатуров, А. П. Волосовец, Е. И. Юлиш. – Харьков, - 2011. – 391с.
4. Боровиков В. П. Искусство анализа данных на компьютере (для профессионалов) / В. П. Боровиков // – СПб. : Питер, - 2003. – 688 с.
5. Бабаченко И. В. Перспективные направления применения рекомбинантного интерлейкина-2 в комплексной терапии инфекционных заболеваний / И. В. Бабаченко, В. Н. Егорова // Terra Medica. – 2006. – № 4 (44). – С. 35-39.
6. Білоклицька Г. Ф. Особливості цитокинового статусу у хворих на генералізований пародонтит, асоційований з різними формами ревматоїдного артриту / Г. Ф. Білоклицька, Г. М. Воробйова, Н. В. Цецура // Новони стоматології. – 2010. – № 3. – С. 64-67.
7. Гударьян А. А. Цитокиновый статус у больных генерализованным пародонтитом при сахарном диабете 2 типа / А. А. Гударьян // Український стоматологічний альманах. – 2007. – № 3. – С. 24-29.
8. Головкин А. С. Цитокиновый статус при онкогематологических заболеваниях у детей в процессе химиотерапевтического лечения / А. С. Головкин, А. В. Шабалдин, Н. М. Головкина // Медицинская иммунология. – 2007. – Т. 9, № 2-3. – С. 273-274.
9. Доржиева З. В. Роль цитокинов в регуляции воспаления тканей пародонта у больных сахарным диабетом 2-го типа / З. В. Доржиева, О. О. Спасова // Российский стоматологический журнал. – 2008. – № 6. – С. 28-29.
10. Доброскок В.О. Оптимізація лікування дітей з гострими гнійними запальними захворюваннями щелепно-лицевої ділянки : дис. ... канд. мед. наук : 14.01.22 / Доброскок Віталіна Олексіївна. – Полтава, - 2013. – 193 с.
11. Железничкова Г. Ф. Цитокины как предикторы течения и исход инфекций / Г. Ф. Железничкова // Цитокины и воспаление. – 2009. – Т. 8, № 1. – С. 10-17.
12. Исамулаева А. З. Стоматологический статус и показатели цитокинового спектра в секрете полости рта у детей с бронхиальной астмой / А. З. Исамулаева, Т. Ф. Данилина, О. А. Башкина [и др.] // Астраханский медицинский журнал. – 2010. – № 4. – С. 33-37.
13. Игнатов М. Ю. Цитокины и аутоантитела к ним при одонтогенных абсцесах челюстно-лицевой области / М. Ю. Игнатов, Н. Н. Цибилов // Кубанский научный медицинский вестник. – 2010. – № 1. – С. 39-41.
14. Карзакова Л. М. Цитокиновый профиль при гнойно-воспалительных заболеваниях лица и шеи / Л. М. Карзакова, И. А. Сидоров, В. А. Романов // Вопросы клинической медицины : материалы научно-практической конференции. Вып. 2 / под общ. ред. В. В. Тенюкова : тезисы докл. – Чебоксары, 2012. – С. 42-44.
15. Сидоров И. А. Выбор оптимального варианта комплексного лечения острых гнойно-воспалительных заболеваний лица и шеи / И. А. Сидоров, А. Н. Волков, Л. М. Карзакова [и др.] // Здоровоохранение Чувашии. – 2009. – № 3. – С. 87-92.
16. Сидоров И. А. Оценка эффективности цитокинотерапии при тяжелых гнойно-воспалительных заболеваниях лица и шеи / И. А. Сидоров, Л. М. Карзакова, А. Н. Волков, А. С. Симбирцев // Цитокины и воспаление. – 2012. – Т. 11, № 3. – С. 31– 34.
17. Ткаченко П.І. Рівень прозапальних та протизапальних інтерлейкінів в сироватці крові при гострому гнійному лімфаденіті і гострому одонтогенному остеомієліті нижньої щелепи у дітей / П.І. Ткаченко, Л.Е. Весніна, В.О. Доброскок, М.В. Микитюк // Український стоматологічний альманах. – 2013. – №2. – С.83-85.
18. Ткаченко П.І. Цитокиновий профіль ротової рідини при гострому гнійному лімфаденіті і гострому одонтогенному остеомієліті нижньої щелепи у дітей / П.І. Ткаченко, Л.Е. Весніна, В.О. Доброскок, М.В. Микитюк // Вісник проблем біології і медицини. – 2013. – №1. – С.245-248.
19. Kelk P. IL-1 β secretion induced by Aggregatibacter (Actinobacillus) actinomycetemcomitans is mainly caused by the leukotoxin / P. Kelk, R. Claesson, C. Chen [et al.] // Int. J. Med. Microbiol. – 2008. – Vol. 298, № 5. – P. 529-541.

Реферати

РОЛЬ РЕГУЛЯЦИИ УРОВНЯ ИНТЕРЛЕЙКИНОВ В РЕАЛИЗАЦИИ ТЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ГНОЙНОГО ПОДНИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО ЛИМФАДЕНИТА У ДЕТЕЙ

Ткаченко П.И., Веснина Л.Е., Доброскок В.А., Микитюк М.В.

В работе представлена клиническая характеристика течения гнойной раны при остром гнойном поднижнечелюстном лимфадените челюстно-лицевой области у детей и изменения составляющих цитокинового статуса в ротовой жидкости и сыворотке крови у 10 детей. Дополнительное включение у них в состав протокольного лечения полиоксидония, из расчета 0,1 мг/кг массы тела через день на курс 4 инъекции, позволило стабилизировать уровни провоспалительных и противовоспалительных интерлейкинов в данных биологических субстратах.

Ключевые слова: дети, лимфаденит, полиоксидоний.

Стаття надійшла 10.12.2013 р.

ROLE OF INTERLEUKINE LEVEL REGULATION IN REALIZATION OF THE ACUTE PURULENT SUBMANDIBULAR LYMPHADENITIS COURSE AT CHILDREN

Tkachenko P.I., Vesnina L.E., Dobroskok V.A., Mikityuk M.V.

The paper presents the clinical characteristics of the flow of purulent wounds in acute purulent lymphadenitis of the maxillofacial region in children and changes in the components of cytokine status in the oral fluid and blood Sirovatka 10 children. Additional inclusion of them in the treatment protocol polioksidonija of 0.1 mg / kg body weight every day for 4 injections of course, possible to stabilize the anti-inflammatory interleukins, and the data of biological substrates.

Key words: children, lymphadenitis, polyoxidonium.

Рецензент Ковальов С.В.