

Сухарева А.В., Тунгаланова Д.Б.

УРОВЕНЬ ЦИТОКИНОВ ПРИ АТОПИЧЕСКОМ ДЕРМАТИТЕ ОГРАНИЧЕННОЙ И РАСПРОСТРАНЁННОЙ ФОРМАХ В СТАДИИ ОБОСТРЕНИЯ И РЕМИССИИ

Научный руководитель: д-р мед. наук, доц. Кибалина И.В.

Кафедра нормальной физиологии имени профессора Б.И. Кузника

Читинская государственная медицинская академия, г. Чита

Актуальность. Атопический дерматит – сложное заболевание кожи, обусловленное генетическими факторами и характеризующееся хроническим, рецидивирующим течением, зудом и специфическими изменениями в зависимости от возраста и локализации поражений. Это одно из наиболее часто встречающихся кожных заболеваний (занимает от 20% до 40% всех случаев), поражающее людей всех возрастов и полов. Развитие атопического дерматита связано с генетической предрасположенностью, нарушениями в работе иммунной системы и воздействием внешних факторов. Часто у пациентов с атопическим дерматитом наблюдаются случаи аллергических заболеваний в семьях.

Цель: оценить и сопоставить уровни цитокинов у пациентов с атопическим дерматитом ограниченной и распространенной формы в фазе обострения.

Материалы и методы. Исследование проводилось на базе кафедры нормальной физиологии ФГБОУ ВО «Читинская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации. В исследование включено 40 человек: 20 пациентов с ограниченной формой и 20 пациентов с распространенной формой атопического дерматита в возрасте от 15 до 40 лет. Для анализа использовались результаты иммуноферментного анализа (ИФА) сыворотки крови пациентов с ограниченной и распространенной формой атопического дерматита в стадии обострения и ремиссии.

Результаты и их обсуждение. При анализе сыворотки крови пациентов с ограниченной формой атопического дерматита в период обострения, уровень хемокина MIP-1a/CCL3 составил 33, 3% (29, 45; 39, 95), $p < 0,0001$; у взрослых – 20, 27% (13, 99; 39, 28), $p_1 = 0,5$, $p_3 = 0,004$. В стадии ремиссии у подростков наблюдалось 17, 04% (15, 75; 21, 61), $p_1 = 0,0006$, $p_2 = 0,14$; у взрослых – 20, 82% (13, 25; 27, 09), $p_1 = 0,051$, $p_2 = 0,26$, $p_3 = 0,52$. У пациентов с распространенной формой атопического дерматита в стадии обострения отмечены следующие изменения уровня хемокина MIP-1a/CCL3: у подростков – 33, 9 % (20, 19; 58, 46), $p_1 = 0,00037$; у взрослых – 36, 2% (13, 82; 45, 55), $p_1 = 0,027$, $p_3 = 0,18$. Таким образом, уровень хемокина MIP-1a/CCL3 в сыворотке крови у подростков с ограниченной формой атопического дерматита в стадии обострения составил 33, 3%, что на 1, 4 раза выше, чем в контрольной группе. Повышение концентрации хемокина связано с активным воспалительным процессом в коже. У взрослых с аналогичной формой атопического дерматита уровень хемокина был ниже, чем у подростков, а статистическая значимость ($p \leq 0,0001$) указывает на выраженность воспаления. Различия в концентрации хемокина могут быть обусловлены особенностями клинического течения заболевания в разных возрастных группах. У подростков и взрослых с ограниченной формой атопического дерматита в стадии ремиссии наблюдались низкие показатели хемокина MIP-1a/CCL3 по сравнению с контрольной группой, что может быть связано с применением базисной терапии. В сыворотке крови подростков с распространенной формой атопического дерматита содержание хемокина MIP-1a/CCL3 было ниже, чем у взрослых, но выше, чем в контрольной группе обеих возрастных категорий, что свидетельствует об активации иммунного ответа.

Выводы. Сравнительный анализ показателей хемокина MIP-1a/CCL3 в сыворотке крови выявил значимые различия между ограниченной и распространенной формами атопического дерматита, что обусловлено различиями в патогенезе, степени воспаления и реакции иммунной системы на заболевание.