



detected. BMI – 29 kg/m². C-peptide – 1,4 ng/ml, glycated hemoglobin (HbA1c) – 6,73%, insulin level – 16,8 μU/ml, HOMA index – 7,3, which showed the presence of insulin resistance. Data from additional survey methods showed no abnormality. On the basis of the obtained results the diagnosis was made: Diabetes mellitus, type 2, moderate, decompensated, firstly detected. Metformin 2000 mg/day (later on – 3000 mg/day) and glimepiride 2 mg/day were administered.

Despite lifestyle modification and maximum doses of metformin, the patient's condition did not improve and compensation was not reached, carbohydrate metabolism rates deteriorated (HbA1c – 8,2%). The patient lost weight, 2 years after the onset of the disease, the patient developed diabetic retinopathy and microangiopathy of the feet. In regarding to this, it was decided to determine the antibodies to glutamic acid decarboxylase (GADA). The GADA level was 195,4 IU/ml (N<10 IU/ml), indicating the presence of autoimmune diabetes. Based on the results obtained, a diagnosis of LADA-diabetes has been established, which, in addition to insulin sensitizers, requires the use of replacement insulin therapy.

Due to the negative effect on β-cell function and their rapid depletion (Maruyama T., 2008), glimepiride was abolished. Insulin therapy according to the basic-bolus scheme was added to the treatment. After correction of the treatment for 3 months, the patient reached stable compensation (HbA1C level – 6,9%).

Thus, patients with diabetes onset over 30 years of age, overweight, low level of C-peptide, and those who do not require insulin therapy at the initial stages of the disease require the antibodies to glutamic acid decarboxylase and insulin resistance (HOMA) measurements to establish LADA appointment personalized treatment for effective compensation and prevention of complications.

Каспрук Н.М.

ОСОБЛИВОСТІ АЛЕРГІЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ У ВАГІТНИХ

*Кафедра клінічної імунології, алергології та ендокринології
Вищий державний навчальний заклад України
«Буковинський державний медичний університет»*

Актуальність проблеми алергічних захворювань (АЗ) на тлі вагітності, в першу чергу, полягає, в цілому, у відсутності чітких рекомендацій щодо лікування даної групи захворювань у вагітних.

Метою роботи було вивчення структури алергічних захворювань у вагітних жінок. Дослідження проведені у вагітних жінок з підозрою на АЗ на кафедрі клінічної імунології, алергології та ендокринології за 2016-2019 рр. Пацієнтки відбиралися згідно з даними анкетування, спрямованого на виявлення алергічного синдрому за даними анамнезу. За 4 роки досліджень нами обстежено 95 пацієнток у віці від 18 до 40 років на термінах вагітності 8-38 тижнів. У I триместрі вагітності перебували 35 (33,3%) пацієнток, у II – 40 (38%), в III – 17 (16,2%). У всіх хворих збирався анамнез, оцінювався оториноларингологічний статус, аналізувалися дані клінічного аналізу крові, алерготестів, бактеріологічного дослідження мазків з ротоглотки і порожнини носа, спірометрії. Визначали загальний вміст IgE та титри специфічних IgE.

Незважаючи на те, що алергічний генез за даними анамнезу був запідозрений у всіх обстежених, нам вдалося підтвердити його IgE-залежний механізм лише у 12,1% вагітних жінок. При визначенні загального IgE рівень вище нормативних значень виявлявся в 20,9% випадків. Найвища частота гіперімуноглобулінемії E виявлена у жінок з одноразовими алергічними проявами (42,9%). При визначенні алергенспецифічних IgE-антитіл у вагітних жінок було виявлено сенсibiliзацію у 63 жінок (70% випадків). Зокрема, до побутових (до домашнього пилу – 67,7%), пилоквих алергенів (43,0%), медикаментозних (30%), харчових алергенів (16,2), епідермальних – 10%.

У 67% жінок з алергодерматозами спостерігалось погіршення перебігу або дебют шкірного захворювання на тлі вагітності, поліпшення відзначили 14%, а 16,2% – не помітили будь-якої динаміки захворювання. У 50% жінок з БА та алергічним ринітом спостерігалось



погіршення їх перебігу та починаються в першому триместрі, дещо менше – у II і тільки 5-7% всіх випадків загострень доводиться на III триместр.

Таким чином, у вагітних жінок у структурі загальних проявів алергічних захворювань респіраторні алергози виявляються частіше, ніж в загальній популяції. У 8,8% випадків підвищенні значення загального IgE не асоціювалися з клінічними ознаками алергічного захворювання. Найчастіше вагітні жінки, за результатами тестування, виявляють сенсibiliзацію до побутових алергенів. 67% жінок з алергодерматозами та 50% з респіраторними алергозами відмічають погіршення перебігу або дебют алергічних захворювань на тлі вагітності. Серед причин IgE-незалежних алергічних захворювань переважають реакції гіперчутливості на харчові та медикаментозні чинники.

Коваль Г.Д.

РОЛЬ ПАТТЕРН-РОЗПІЗНАЮЧИХ РЕЦЕПТОРІВ У ПАТОЛОГІЇ ЖІНОЧОЇ РЕПРОДУКТИВНОЇ СИСТЕМИ

*Кафедра клінічної імунології, алергології та ендокринології
Вищий державний навчальний заклад України
«Буковинський державний медичний університет»*

Імунна система слизових оболонок жіночого репродуктивного тракту має дві основні, але різноспрямовані функції: з одного боку, утворюючи першу лінію захисту і входячи в систему імунітету, пов'язану зі слизовими оболонками, – mucosa-associated-lymfoid tissue (MALT), реалізує функцію боротьби з мікробами, що є вельми біологічно обґрунтованим, враховуючи пограничність розташування і високий ступінь контактів з мікроорганізмами нижніх відділів жіночого репродуктивного тракту. У той же час, у верхніх відділах репродуктивного тракту жінки імунна система сприяє розвитку толерантності до антигенів сперми та аллоантигенів плоду, сприяючи імплантації, підтримці і розвитку вагітності.

Першочергово, взаємодія мікроб-господар регулюється факторами природженого імунітету, серед яких значиму роль відіграють паттерн розпізнавальні рецептори – Pattern recognition receptors (PRRs). Серед PRRs особливе місце займають Toll-likereceptors (TLRs), які виражено експресовані на клітинах слизових репродуктивного тракту, та піддаються циклічному гормональному регулюванню. Цікаво, що 9 із 13 типів TLRs представлені в ендометрії і спрямовані на розпізнання більшості мікробних лігандів.

Після реагування з мікробними PAMPs більшість TLRs індукують активацію ядерного фактора (nuclear factor kappa-light-chain-enhancer of activated B-cells, NF- κ B) і продукцію цитокінів, переважно по Myeloid differentiation primary response gene 88 (MyD88)-залежному шляху. В репродуктивному процесі це має надзвичайне значення і відмічено, що на фетоплацентарному кордоні та трофобласті TLRs експресуються великою кількістю не тільки імунних, але й неімунних клітин. Наявність мікробних паттернів призводить до гіперактивації TLRs і підтримання хронічного запального процесу при захворюваннях жіночого репродуктивного тракту через продукцію прозапальних медіаторів. Таким чином, порушення мікробіому виступає як важливий чинник дисрегуляції імунної відповіді та імуноопосередкованого хронічного запалення. Цьому існує багато наукових тверджень, зокрема, показано здатність збудників репродуктивного тракту зокрема, мікоплазм генерувати високу експресію TLR2 [Vikki M. Abrahams et al., 2012], показано високий рівень основних мікробних паттернів - ліпополісахаридів (LPS) ендотоксинів та білка теплового шоку 70 (HSP70) у менструальній крові, перитонеальній рідині, еутопічному та ектопічному ендометрії, жінок, хворих на ендометріоз [K.N.Khan et al, 2014]. Доведено, що бактеріальний LPS, який є лігандом TLR4, потенційно стимулює макрофаги до продукції прозапальних цитокінів та факторів росту, таких як VEGF, IL-6 та TNF- α ; TLR4 медіюють проліферацію ектопічних стромальних клітин.

Таким чином, наявність потенційних лігандів – мікробних паттернів, у репродуктивних шляхах жінок, сприяють прозапальній медіації через активацію TLRs, що