

ТЕЗИ ДОПОВІДЕЙ

*Драннік Г.М., Калініна Н.А., Мигаль Л.Я.,  
Петербургський В.Ф., Нікуліна Г.Г., Порошина Т.В.,  
Сербіна І.Є., Каліщук О.А., Савченко В.С.*

**ОСОБЛИВОСТІ ЗМІН ПРОТИ- ТА  
ПРОЗАПАЛЬНИХ ЦИТОКІНІВ У ДІТЕЙ  
МОЛОДШОЇ ВІКОВОЇ ГРУПИ З ВРОДЖЕНИМ  
МЕГАУРЕТЕРОМ**

ДУ «Інститут урології ім. акад. О.Ф. Возіанова  
НАМН України», м. Київ, Україна

**Вступ.** Мегауретер (МУ) є найбільш складною проблемою в урології дитячого віку, особливо у дітей перших місяців та років життя. Кількість хворих з цією патологією постійно збільшується та складає до 10% серед всієї перинатальної патології. Морфологічною основою всіх варіантів первинного вродженого МУ у дітей є зменшення кількості гладеньких елементів у подовженому м'язовому прошарку і в той же час збільшення кількості сполучнотканинних структур сечоводу, що призводить до порушення головної функції сечоводу – забезпечення проштовхування сечі у сечовий міхур, та відповідно створює умови для підвищення внутрішньомискового тиску та порушення внутрішньониркової гемодинаміки. Вроджений МУ може сформуватися як в результаті стенозу сечовідно-міхурового з'єднання, так і в результаті міхурово-сечовідного рефлюксу високих ступенів. Отже, клінічними варіантами МУ є нерефлюксуючий МУ (НРМУ), який розвивається на тлі обструкції сечовідно-міхурового сегмента, та рефлюксуючий МУ (РМУ), який характеризується наявністю високого ступеня міхурово-сечовідного рефлюксу і ретроградним надходженням сечі із сечового міхура у напрямку нирок. Це, в свою чергу, призводить до стазу сечі у нирковій мисці та порушенню відтоку з неї сечі. Особливо серйозні наслідки має це ускладнення у дітей молодшої вікової групи (до 3-х років), враховуючи той факт, що у дітей перших місяців та років життя має місце незрілість нефрону як структурної одиниці паренхіми нирки. Важливе значення у патогенезі ушкодження паренхіми нирки, у першу чергу тубулоінтерстицію, у дітей з МУ надається гіпоксії, яка стимулює виробку трансформуючого фактору росту  $\beta 1$  (TGF- $\beta 1$ ) як проти-запального і в той же час профібrogenного цитокіну та прозапальних цитокінів, зокрема інтерлейкіну-

1 $\beta$  (ІЛ-1 $\beta$ ), який має великий спектр імунологічної активності, у тому числі стимулює продукцію простагландинів та колагенез фібробластів.

**Мета роботи** – визначення вмісту TGF- $\beta 1$  та ІЛ-1 $\beta$  в сечі дітей молодшої вікової групи (до 3-х років) з вродженими НРМУ та РМУ.

**Матеріали і методи.** Обстежено 67 хворих з вродженим МУ, з них – 48 дітей з НРМУ переважно чоловічої статі (група 1) та 19 дітей з РМУ переважно жіночої статі (група 2) віком від 5 місяців до 3 років та 25 практично здорових дітей (група контролю). Функція нирок хворих дітей на момент дослідження збережена, атак гострого або загострення хронічного пієлонефриту не спостерігалось. Дослідження вмісту TGF- $\beta 1$  та ІЛ-1 $\beta$  у ранковій порції сечі, яка була отримана після фізіологічного сечовипускання, здійснювали до реконструктивного лікування. Вміст TGF- $\beta 1$  та ІЛ-1 $\beta$  в сечі визначали імуноферментним методом у відповідності з інструкцією виробника (пг/мл).

**Результати.** Аналіз результатів даного дослідження проводився тільки у тих пацієнтів, у яких їх рівні перевищували верхню межу референтних значень. Встановлено, що вміст TGF- $\beta 1$  в сечі хворих у групі 1 дорівнював  $15,35 \pm 1,79$  пг/мл проти  $3,85 \pm 1,70$  у контролі ( $p < 0,001$ ) та проти  $16,82 \pm 2,17$  пг/мл у хворих з 2-ї групи ( $p > 0,05$ ). Вміст ІЛ-1 $\beta$  в сечі хворих у групі 1 дорівнював  $22,84 \pm 2,13$  пг/мл проти  $13,90 \pm 1,70$  пг/мл у контролі ( $p < 0,001$ ) та проти  $21,42 \pm 2,15$  пг/мл у хворих з 2-ї групи ( $p > 0,05$ ).

**Висновки:**

1. У хворих дітей молодшого віку з вродженим МУ спостерігається статистично значимий високий рівень продукції протизапального, але з профібrogenними властивостями цитокіну TGF- $\beta 1$  та прозапального цитокіну ІЛ-1 $\beta$ , незалежно від його варіанту (НРМУ, РМУ).

2. Вміст профібrogenного цитокіну TGF- $\beta 1$  та прозапального цитокіну ІЛ-1 $\beta$  в сечі дітей з вродженим МУ як неінвазивні та діагностично інформативні показники доцільно використовувати, з одного боку, в якості маркерів нефросклеротичних змін, а з другого – щодо своєчасного контролю за ефективністю лікувальних заходів та своєчасної профілактики розвитку хронічної хвороби нирок у цих пацієнтів.