



Original Article: ASSOCIAZIONE ANTIGENI HLA IN DIVERSE CLINICHE DERMATITE ATOPICA NEI BAMBINI

Citation

Illek Ya.Yu., Galanina A.V., Suslova E.V. Associazione antigeni HLA in diverse cliniche Dermatite atopica nei bambini. *Italian Science Review*. 2014; 6(15). PP. 26-28.
Available at URL: <http://www.ias-journal.org/archive/2014/june/Illek.pdf>

Authors

Yan Yu. Illek, Kirov State Medical Academy, Russia.
Alena V. Galanina, Kirov State Medical Academy, Russia.
Elena V. Suslova, Kirov State Medical Academy, Russia.

Submitted: June 1, 2014; Accepted: June 10, 2014; Published: June 30, 2014

Introduzione

Nei bambini con dermatite atopica contrassegnato predisposizione ereditaria alla malattia formazione positedness, come dimostra la presenza di associazione con antigeni HLA complesso [1, 2, 3, 4, 5]. Tuttavia, l'identificazione di antigeni (complesso maggiore di istocompatibilità) HLA-complesso in bambini con dermatite atopica è stato condotto, di solito senza forme cliniche della malattia, che differiscono tra loro da una serie di segni morfologici e clinici. In questo contesto, abbiamo voluto esplorare le caratteristiche della distribuzione degli antigeni HLA-complesso in bambini con diverse forme cliniche di dermatite atopica.

Materiali e metodi

Abbiamo osservato 128 bambini di 8 mesi ei 15 anni, con dermatite atopica, che sono stati divisi in tre gruppi a seconda della forma clinica della malattia in conformità con i criteri esposti nel programma scientifico "dermatite atopica nei bambini: diagnosi, trattamento e la prevenzione", Mosca, 2000). Il primo gruppo (n = 76) consisteva di pazienti con forma infantile di dermatite atopica (età del paziente da 8 mesi a 3 anni), il secondo

gruppo (n = 32) - pazienti con dermatite atopica, una forma di bambino (età del paziente 5-10 anni), il terzo gruppo (n = 20) - pazienti con forma giovanile di dermatite atopica (età 12-15 anni paziente). Abbiamo osservato i bambini è stata diagnosticata una dermatite atopica moderata o grave comune (DA).

Sierotipizzazione da antigeni complesso HLA di classe I sono soddisfatte in pazienti con DA in un test micro-linfa-citotossica standard utilizzando pannelli isto-tipiruyut, che permettono di identificare gli antigeni A 19-locus e 38 antigeni B-locus. Linfociti per la produzione di campioni micro-linfatiche citotossici sono state isolate da sangue eparinizzato mediante centrifugazione su gradiente Ficoll utilizzando soluzione verografin; prova è stata condotta in micropiastre Terasaki. Tipizzazione molecolare dei geni HLA-DRB1 e DQB1 (antigeni HLA di classe II) sono stati eseguiti in pazienti con DA utilizzando la reazione a catena della polimerasi con un set di primers sequenza-specifici, che può rilevare 14 e DRB1 alleli 12 alleli e gruppi di alleli DQB1. Il DNA è stato estratto dalle cellule mononucleate del sangue mediante trattamento tripla con

tampone di lisi e centrifugazione; isolato DNA è stato amplificato mediante reazione a catena della polimerasi. Calcolo dei parametri immunogenetici in pazienti con DA è stata effettuata utilizzando le formule adottate in genetica delle popolazioni. In questo caso la frequenza di occorrenza è stato determinato antigeni HLA, bontà di adattamento (x^2), la significatività delle differenze coefficiente di Student (r), il criterio del rischio relativo (RR), la frazione eziologica (FE), è caratterizzata dalla rizuyuschuyu HLA-associazione positiva e frazione preventiva (FP), che caratterizza la forza negativa HLA-associazione. Gruppo di controllo consisteva di 153 bambini sani.

Giudizio

Gli studi hanno dimostrato che il gruppo totale di bambini con DA konstatirova alce significativa maggiore incidenza di HLA di classe I antigeni A1 (32,0% contro 17,7% nel controllo; $x^2 = 7.1$, $p < 0,01$, $RR = 2,2$, $FE = 0,18$) e B17 (14,1% vs 5,9% nei controlli; $x^2 = 0,05$, $p < 0,05$, $RR = 2,6$, $FE = 0,09$) nonché un significativo aumento della frequenza di HLA di classe II DRB1 antigene * 04 (41,5% contro 20,4% nei controlli; $x^2 = 0,01$, $p < 0,01$, $RR = 2,8$, $FE = 0,27$), DRB1 * 13 (34,0% vs 13,6% nei controlli; $x^2 = 7,7$, $p < 0,01$, $RR = 2,3$, $FP = 0,45$) e DQB1 * 0602-8 (60,4% contro 37,9% nei controlli; $x^2 = 6,3$, $p < 0,02$, $RR = 2,5$, $FE = 0,36$). Rappresentanza nei tessuti del complesso di istocompatibilità principale antigeni di cui sopra associata ad aumento del rischio relativo di sviluppare la dermatite atopica nei bambini 2,2-2,8 volte ($RR = 2,2-2,8$). Allo stesso tempo, i tessuti rappresentativi di HLA di classe II antigene DQB1 * 07 (30,1% vs 9,4% nei controlli; $x^2 = 7,3$, $p < 0,01$, $RR = 0,2$, $FP = 0,23$) associato ad una certa resistenza allo sviluppo della dermatite atopica nei bambini ($RR = 0,2$).

Analisi dei risultati in tre gruppi di bambini studiato con scopico dermatite atomica ha permesso di impostare diverse frequenze di occorrenza del principale complesso di antigeni di istocompatibilità

in neonati, bambini e adolescenti forme della malattia.

I bambini con forma infantile di DA hanno rivelato un'alta frequenza di HLA di classe I antigeni A1 (35,1% contro 17,7% nel controllo; $x^2 = 7,6$, $p < 0,01$, $RR = 2,5$, $FE = 0,21$), B17 (17,6% vs 5,9% nei controlli; $x^2 = 6,5$, $p < 0,02$, $RR = 4,0$, $FE = 0,13$), B18 (16,2% vs 6,5% nei controlli; $x^2 = 4,3$, $p < 0,05$, $RR = 4,3$, $FE = 0,11$) e l'antigene HLA-DRB1 * 04 di classe II (39,5% vs 20,4% in controllo; $x^2 = 4,8$, $p < 0,05$, $RR = 2,5$, $FE = 0,21$), che sono i tessuti rappresentativi associati ad un aumentato rischio relativo di sviluppare detta malattia in forma 2.5 -4,3 volte ($RR = 2,5-4,3$). Modulo I pazienti bambino BP ha registrato un'alta frequenza di HLA-B15 di classe antigene I (28,1% contro 7,8% nel controllo; $x^2 = 8,9$, $p < 0,01$, $RR = 4,6$, $FE = 0,22$), e HLA di classe II antigeni DRB1 * 13 (33,0% vs 13,6% nei controlli; $x^2 = 4,9$, $p < 0,05$, $RR = 3,1$, $FE = 0,22$) e DQB1 * 0602-8 (70,0% vs 37,9% nel controllo; $x^2 = 8,4$, $p < 0,01$, $RR = 3,8$, $FE = 0,50$), la cui rappresentazione nei tessuti associato a un aumentato rischio relativo di sviluppare questa forma della malattia a 3,1-4,6 volte ($RR = 3,1-4,6$). Rappresentante HLA di classe II antigeni DRB1 * 07 (10,0% vs 30,1% nei controlli; $x^2 = 6,0$, $p < 0,02$, $RR = 0,3$, $FP = 0,22$), DRB1 * 11 (10,0% vs 25,2% nei controlli; $x^2 = 4,1$, $p < 0,05$, $RR = 0,3$, $FP = 0,17$) e DRB1 * 0303 (6,7% vs 23,3% in controllo; $x^2 = 5,2$, $p < 0,05$, $RR = 0,2$, $FE = 0,18$) è stato associato in pazienti con DA in forma di resistenza bambino allo sviluppo di alcune forme di tale malattia ($RR = 0,2-0,3$). I pazienti con forma giovanile di DA notato l'alta frequenza di HLA-B15 di classe antigene I (25,0% contro 7,8% nel controllo; $x^2 = 7,8$, $p < 0,05$, $RR = 3,9$, $FE = 0,10$), B16 (35,0% vs 13,7% nel controllo; $x^2 = 4,4$, $p < 0,05$, $RR = 3,4$, $FE = 0,25$), B17 (25,0% vs 5,9% rispetto al controllo; $x^2 = 6,3$, $p < 0,02$, $RR = 5,3$, $FE = 0,20$) e gli antigeni HLA di classe II DRB1 * 13 (33,0% vs 13,6% nel controllo; $x^2 = 4,3$, $p < 0,05$), DQB1 * 0602-8 (70,0% vs 37,9% nel controllo; $x^2 = 8,4$, p

<0,01, RR = 3,8, FE = 0,50), che è stato associato ad aumento del rischio relativo di sviluppare la malattia in detto stampo 3,1-5,3 volte (RR = 3,1-5,3), mentre la rappresentanza nei tessuti HLA classe I antigene B12 (0 contro il 20,3% nel controllo; $\chi^2 = 6,4$, $p < 0,02$, RR = 0,1, FP = 0,17) e HLA di classe II antigeni (DRB1 * 11, (10,0% contro 25,2% nei controlli; $\chi^2 = 4,1$, $p < 0,05$, RR = 0,3, PF = 0,17), DQB1 * 0303 (6,7% vs 23,3% nel controllo; $\chi^2 = 5,2$, $p < 0,05$, RR = 0,2, FP = 0,18) associato a loro una certa stabilità allo sviluppo di questa forma della malattia (RR = 0,1 - 0,3).

Giudizio

1. Bambini con dermatite atopica osservato un'associazione della malattia con parametri immunogenetici. Mentre i pazienti in neonati, bambini e adolescenti forme della malattia hanno registrato una associazione con diversi antigeni del complesso di istocompatibilità principale.

2. Marcatori Come immunogenetici della dermatite atopica infantile possono servire antigeni tissutali come rappresentative HLA-A1, B17, B18, DRB1

* 04, dermatite atopica infantile - la rappresentanza in antigeni tissutali HLA-B15, DRB1 * 13, DQB1 * 0602-8, dermatite atopica infantile - la rappresentanza nei tessuti di antigeni HLA-B15, B16, B17, DRB1 * 13, DQB1 * 0602-8.

References:

1. Saeki M., Kuwata S., Nakagawa M., Eton T., Shibata Y. 1994. HLA and atopic dermatitis with high serum IgE levels. *V.94. PP.575-583.*
2. Veltischev Yu.E., Svyatkina O.B. 1995. Atopic allergy in children. P.8-14.
3. Dzhumagazyev A.A. 1995. Association of HLA antigens with the pathology of childhood. P.43-46.
4. Fleck E.V. Svechnikova N.N., Prokofiev V.F., Konenkov V.I. 2002. Association of HLA-antigens in atopic dermatitis patients with different types of the disease. *Medical Immunology. V.4. P.629-632.*
5. Illek Ya.Yu., Zvytseva G.A., Galanin A.V. 2008. Association of HLA-antigens in severe atopic dermatitis in infants. *Pediatrics. V.87. P.18-20.*