

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
АСОЦІАЦІЯ ІНФЕКЦІОНІСТІВ УКРАЇНИ
ТЕРНОПІЛЬСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ
УНІВЕРСИТЕТ ім. І.Я. ГОРБАЧЕВСЬКОГО

ХІМІОТЕРАПІЯ ТА ІМУНОКОРЕКЦІЯ ІНФЕКЦІЙНИХ ХВОРОБ

**Матеріали науково-практичної конференції
і пленуму Асоціації інфекціоністів України**

(30 травня – 1 червня 2005 року, м. Тернопіль)

У хворих, які отримували протекфлазид (по 10 крапель тричі на добу до їди), порівняно з пацієнтами контрольної групи, спостерігали чітку позитивну динаміку у вигляді зменшення тривалості гарячки (у середньому на 2 доби), швидшого зменшення розмірів лімфатичних вузлів і селезінки, покращення показників гемограми (зменшення кількості лейкоцитів, зникнення або зменшення кількості атипових мононуклеарів) і біохімічних показників. Наприклад, на 20-й день хвороби нормалізацію трансаміназ відзначали у 78 % хворих основної групи і у 45 % – контрольної; зникнення віроцитів – у 88 і 60 % відповідно.

При динамічному обстеженні хворих на наявність ДНК вірусу через 2 міс. віремію виявлено у 48 % пацієнтів, які отримували протекфлазид, і практично в усіх, які отримували лише базисну терапію.

Крім того, терапію протекфлазидом отримували 4 хворих, які знаходились на диспансерному обліку з приводу загострення хронічної EBV-інфекції, що супроводжувалась віремією, збільшенням розмірів лімфатичних вузлів і селезінки, гематологічними змінами (в анамнезі перенесений гострий інфекційний мононуклеоз). Наявність EBV у сироватці крові було підтверджено виявленням ДНК вірусу в ПЛР, а про гостроту процесу свідчив відповідний серологічний профіль.

Після 2-місячного курсу терапії протекфлазидом у всіх хворих не було віремії за значного покращення загального стану (зменшення розмірів лімфатичних вузлів і селезінки, покращення показників гемограми). Препарат хворі переносили добре, побічних явищ не було.

Таким чином, для лікування гострої та хронічної EBV-інфекції можна рекомендувати протекфлазид.

В.І. Грищенко, О.В. Усачова

ЗАСТОСУВАННЯ ІМУНОТЕРАПІЇ ПРИ ВНУТРІШНЬОУТРОБНІЙ ЦИТОМЕГАЛОВІРУСНІЙ ІНФЕКЦІЇ

Медичний університет, м. Запоріжжя

Цитомегаловіруси (ЦМВ) належать до групи TORCH-збудників, що об'єднуються за здатністю перетинати плацентарний бар'єр і уражати плід. При цьому, якщо інший мікроорганізм цієї групи – токсоплазма – є небезпечним для плода лише у разі первинного інфікування вагітної, то ЦМВ – як при інфікуванні, так і під час суперінфекції та реактивації хронічного процесу. За статистичними світовими даними, 0,1-0,5 % новонароджених мають клінічні ознаки природженої ЦМВ-інфекції, і роботи багатьох науковців присвячені пошуку нових методів лікування таких хворих.

Метою роботи було визначити ефективність застосування антицитомегаловірусного імуноглобуліну в комплексі терапевтичних заходів при внутрішньоутробній ЦМВ-інфекції.

Під нашим спостереженням впродовж 2004 р. знаходилося 25 дітей першого року життя з підозрою на внутрішньоутробне інфікування ЦМВ. За

віком пацієнти розподілилися таким чином: новонароджені – 10 дітей, віком від 1 до 3 міс. – 5, від 3 до 12 міс. – 10. Серед усіх дівчаток було 11, хлопчиків – 14.

Аналіз клінічних даних виявив, що у 9 дітей були симптоми перинатального ураження центральної нервової системи (ЦНС) різного ступеня тяжкості, у 6 – тривала неонатальна жовтяниця з підвищенням активності АлАТ, у 4 – поєднання симптомів ураження ЦНС і печінки, в 1 дитини були ознаки затримки внутрішньоутробного розвитку, а в 1 – перинатальне ураження ЦНС разом з хоріоретинітом. 4 дитини без клінічних ознак захворювання були направлені на консультативний огляд у зв'язку з підозрою на гостру ЦМВ-інфекцію матері під час вагітності.

Внутрішньоутробне інфікування дитини ЦМВ діагностували на підставі такого: зіставлення рівня специфічних IgG немовляти і матері; наявності у дитини антицитомегаловірусних IgM та/або зростання концентрації IgG у крові пацієнтів у динаміці спостереження. За цими показниками вдалося у 16 обстежених підтвердити факт внутрішньоутробного інфікування ЦМВ.

У подальшому нами було створено 2 групи: перша – 9 дітей, які отримували антицитомегаловірусний імуноглобулін у комплексі лікування; друга – 7 дітей, яким цей препарат не призначали. Під час лікування використовували препарат, виготовлений ЗАТ “Біофарма” (Україна), який вводили внутрішньом'язово дозою 0,5 мл/кг маси тіла 1 раз на 3 доби 5 разів.

Як показало контрольне дослідження рівня IgG до ЦМВ, яке проводилось через 1 міс. після курсу терапії, тенденція до зниження концентрації цього імуноглобуліну зареєстрована в усіх, хто отримував зазначений препарат. У 3 дітей другої групи рівень специфічного IgG залишався високим, а у 2 – відзначено навіть його зростання. Зниження концентрації IgG до ЦМВ у дітей першої групи ми розцінили як показник стабілізації інфекційного процесу з припиненням реплікації вірусу і зменшенням антигенного навантаження. Подальший же ріст рівня цього показника у хворих другої групи, на нашу думку, є проявом реплікативної активності вірусу зі збільшенням кількості антигену і відповідною реакцією імунної системи.

Таким чином, результати проведеної роботи показали ефективність введення до комплексної терапії природженої цитомегаловірусної інфекції препарату “Імуноглобулін людини антицитомегаловірусний”.

М.Ю. Дзоган, В.І. Матяш, В.Ю. Хиль

ВПЛИВ НИЗЬКОІНТЕНСИВНОГО ЛАЗЕРНОГО ОПРОМІНЕННЯ КРОВІ НА ДЕЯКІ ІМУНОЛОГІЧНІ ПОКАЗНИКИ ПРИ ТЯЖКИХ ФОРМАХ ГОСТРОГО ГЕПАТИТУ В

Інститут епідеміології та інфекційних хвороб ім. Л.В. Громашевського
АМН України, Головний військовий клінічний госпіталь МО України, м. Київ

Гепатит В є імуноопосередкованим захворюванням – при адекватній імунній відповіді відбувається елімінація вірусу. Спроможність вірусів втекти від “імуного нагляду”, яка зумовлена неповноцінністю імунної відповіді і, у