

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)

перерва 1 міс.; 2-й курс – також 20 днів. Хворі 2-ї групи отримували базисну терапію. Контролем для обох груп були 20 практично здорових донорів відповідного віку.

Імунологічне дослідження проведено у відділенні клінічної імунології Наукового центру радіаційної медицини АМН України (зав. відділенням докт. мед. наук Д.А. Базики). Визначали кількість клітин, які створюють основні популяції та субпопуляції, методом лазерної проточної цитофлюорометрії за допомогою двохкольорового забарвлення моноклональними антитілами серії Lep виробництва фірми “Becton Dickinson” (США).

Включення ербісолу ультрафарм у комплексне лікування хворих на ХГС суттєво зменшувало прояви синдрому інтоксикації, призводило до зниження активності АлАТ, АсАТ, сприяло зникненню скарг, характерних для ХГС.

Спостерігався позитивний імуномодулювальний ефект. Відмічено посилення експресії поверхневих антигенів CD3+16+56+ (Т-кілерів) після 1-го курсу лікування ербісолом ультрафарм, що може свідчити про активність Т-кілерів, та їх зниження після 2-го курсу лікування, що вказує на зменшення антигенного вірусного навантаження.

Після 1-го і 2-го курсів лікування препаратом спостерігалась нормалізація початково високого рівня НК-клітин (CD3-16+56+) та зменшення експресії антигенів HLA-DR (маркерів пізньої активації Т-лімфоцитів), що свідчить про зменшення імунозапального компоненту.

Під впливом препарату ербісол ультрафарм відбувалась активація Т-хелперів (CD4+), що може сприяти збільшенню ними продукції цитокінів (IL-2, γ-ІФН), які беруть участь у протівірусному захисті.

У всіх хворих визначали RNA HCV, антитіла класу M та G. На 70-й день обстеження в основній групі у 7 (23,3 %) хворих не визначались антитіла HCV-IgM і у 6 (20,0 %) – RNA HCV у сироватці крові ПЛР. У контрольній групі в усіх хворих зберігалась реплікація вірусу і визначались антитіла HCV IgM.

Отримані результати дозволяють рекомендувати препарат ербісол ультрафарм для лікування хворих на ХГС.

Т.Є. Оніщенко, Б.Г. Тютюнщиков, О.Л. Колтунік, І.В. Попова
АНАЛІЗ ЕФЕКТИВНОСТІ АР-ТЕРАПІЇ У ПРОФІЛАКТИЦІ
ПЕРИНАТАЛЬНОЇ ТРАНСМІСІЇ ВІЛ
Медичний університет, ОЦПБ СНІД, м. Запоріжжя

Частота передачі ВІЛ від матері до дитини при природному перебігу інфекції варіює у широких межах. При відсутності будь-яких профілактичних заходів частота передачі ВІЛ знаходиться в межах від 15-30 до 40-50 %. Такі розходження в показниках зумовлені низкою факторів: тривалістю грудного вигодовування, темпами розвитку епідемії, рівнем соціально-економічного розвитку країни, національними традиціями.

Для профілактики перинатальної трансмісії ВІЛ у Запорізькому ОЦПБ СНІД з грудня 2000 р. проводиться комбінована АР-терапія. Курс хіміотерапії

включав ретровір (нуклеозидний інгібітор зворотної транскриптази) і віраму́н (ненуклеозидний інгібітор зворотної транскриптази). Ретровір призначали жінкам з 36 тиж. вагітності по 300 мг два рази на добу, під час пологів – по 300 мг кожні 3 год. Повний курс хіміотерапії передбачав отримання ретровіру не менше 3 тижнів. У випадку, коли вагітні не приймали ретровір чи отримували його не повним курсом, призначали породіллям у пологах *per os* віраму́н дозою 200 мг. Усім немовлятам віраму́н призначали одноразово *per os* у перші 72 год життя дозою 2 мг/кг.

Метою дослідження став аналіз ефективності комбінованої АР-терапії у профілактиці перинатальної трансмісії ВІЛ.

Під спостереженням знаходилось 117 ВІЛ-інфікованих вагітних. У 1-й групі було 82 (70,1 %) жінки, які отримали АР-терапію; у 2-й – 35 (30,9 %), котрі не приймали профілактичне лікування з різних причин. На диспансерному обліку з 2-ї групи не знаходилося 34 (97,0 %) жінки, антитіла до ВІЛ у них були виявлені після пологів, а 1 жінка відмовилася від лікування.

Серед вагітних 1-ї групи 56 (68,3 %) жінок отримали повний курс лікування ретровіром. У зв'язку з неповним курсом лікування ретровіром 16 (19,5 %) жінок у пологах отримали віраму́н. Через пізню госпіталізацію тільки віраму́н у пологах отримали 10 (12,2 %) жінок.

Усі жінки й діти пройшли поглиблене клініко-імунологічне обстеження з метою виявлення глибини імуносупресії, маркерів опортуністичних захворювань. Побічних ефектів від проведеної хіміотерапії у вагітних і немовлят не виявлено.

У всіх немовлят методом ІФА в пуповинній крові були виявлені антитіла до ВІЛ. Ретроспективне дослідження встановило, що до 18 міс. транзиторні антитіла до ВІЛ зникли у 91,4 % дітей, які отримували АР-терапію, і у 62,8 % – які не отримали її. За весь період спостереження клінічних проявів захворювання, характерних для ВІЛ-інфекції, у дітей не виявлено.

Через 18 міс. у групу ВІЛ-позитивних було переведено 4 (4,8 %) дітей з 1-ї групи (матері яких отримали АР-терапію). З 2-ї групи дітей переводили в диспансерну групу в 1,8 разу частіше – 3 (8,6 %) дітей. У дітей, яких перевели в диспансерну групу, діагноз ВІЛ-інфекції був підтверджений виявленням антитіл до діагностичних білків ВІЛ-1 методом імуного блоту. З клінічних проявів захворювання в цих дітей відзначались персистуюча лімфаденопатія, гепатоспленомегалія, дерматит.

Таким чином, питання перинатальної трансмісії ВІЛ потребують подальшого вивчення; використання комбінованої АР-терапії (ретровір і віраму́н) скороченим курсом дозволяє знизити перинатальну ВІЛ трансмісію вдвічі.

І.І. Редько, Л.С. Овчаренко

**ДОСВІД ЗАСТОСУВАННЯ ВІТЧИЗНЯНИХ ІМУНОГЛОБУЛІНІВ:
АНТИЦИТОМЕГАЛОВІРУСНОГО ТА ПРОТИ *TOXOPLASMA GONDII*
У ДИТЯЧІЙ КЛІНІЦІ**