

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)

порівнянні арахноенцефалітів і енцефалітів достовірну різницю ($P < 0,05$) встановлено між показниками: кількість CD8+, натуральних кілерів, РБТЛ з мітогенами. При енцефалітах спостерігалось підвищення CD8+ – $(28,42 \pm 1,90)$ %, натуральних кілерів – $(26,7 \pm 4,1)$ %, що свідчить про гостроту вірусних процесів, тоді як при арахноенцефалітах кількість CD8+ була в межах норми $(22,80 \pm 1,4)$ %, кількість натуральних кіллерів була зниженою, однак спостерігалось підвищення РБТЛ з мітогенами, як при арахноенцефалітах – до $(5,31 \pm 0,8)$ %, так і при енцефалітах – до $(9,10 \pm 1,9)$ %, що свідчить про автоімунні процеси.

При порівнянні герпетичної інфекції та мієлітів достовірну різницю ($P < 0,05$) встановлено між показниками ЦК – $(85,41 \pm 8,2)$ і $(145,0 \pm 23,4)$ % відповідно. При герпетичній інфекції спостерігалось підвищення вмісту лімфоцитів до $(38,92 \pm 1,5)$ %, рівень ЦК був у межах норми, що свідчить про хронічну інфекцію; при енцефалітах вміст лімфоцитів визначався в межах норми – $(32,41 \pm 0,4)$ %, ЦК – збільшеним до $(127,7 \pm 14,4)$, – гостра інфекція. При порівнянні мієлітів і енцефалітів достовірну різницю ($P < 0,05$) встановлено між показниками: кількість лейкоцитів, лімфоцитів, супресорна активність.

Кількість лейкоцитів при мієлітах і енцефалітах була зниженою до $(4,44 \pm 1,20) \times 10^9$ і $(5,53 \pm 0,30) \times 10^9$ /л відповідно; при мієлітах – збільшена кількість лімфоцитів до $(44,14 \pm 5,3)$ %, зменшена супресорна активність до $(55,28 \pm 3,1)$ %, а при енцефалітах ці показники були в межах норми – $(32,41 \pm 0,4)$ і $(72,72 \pm 38)$ % відповідно.

Таким чином, вивчення імунного статусу показало, що у хворих на герпесвірусні ураження нервової системи розвивається вторинна імунна недостатність, яка залежить від фази інфекційного процесу.

О.В. Рябоконт, М.А. Андрейчин, Ю.М. Колесник
**ПОКАЗНИКИ ІМУННОГО СТАТУСУ ТА ЇХ ЗНАЧЕННЯ
ДЛЯ ОЦІНКИ ЕФЕКТИВНОСТІ ІНТЕРФЕРОНОТЕРАПІЇ У ХВОРИХ
НА ХРОНІЧНИЙ ГЕПАТИТ С**

Медичний університет, м. Запоріжжя,
Медичний університет ім. І.Я. Горбачевського, м. Тернопіль

Відповідно до сучасних уявлень, HCV-інфекція є імунопатологічним захворюванням, патогенез якого залишається мало вивченим. Проникнення вірусу в клітини макроорганізму – це “сигнал небезпеки”, що приводить у стан готовності адаптивні механізми, спрямовані на елімінацію вірусу. В елімінації вірусу і уражених ним клітин основну роль відіграє стан клітинної ланки імунної відповіді, наявність балансу цитокінів Т-хелперів 1-го і Т-хелперів 2-го типу, тому що саме цитокіни здійснюють зв'язок між імунною, нервовою та ендокринною системами, служать для їх залучення в організацію і регуляцію захисних від HCV реакцій.

Мета роботи – вивчити показники імунного статусу, їх динаміку і значення для оцінки ефективності ІФН-терапії у хворих на хронічний гепатит С (ХГС).

Обстежено 225 осіб віком від 18 до 61 року, хворих на ХГС (чоловіків – 153, жінок – 72). Етіологічно діагноз підтверджено кількарразовим виявленням у крові анти-НСV_{core} IgM, анти-НСV IgG методом ІФА; НCV RNA – методом ПЛР. У 78 (34,7 %) хворих діагноз підтверджений морфологічно. 48 пацієнтів отримували 6-місячний курс монотерапії ІФН- α 2b (лаферон) внутрішньом'язово дозою 3 млн ОД 10 днів підряд, потім по 3 млн ОД 3 рази на тиждень. У всіх пацієнтів на початку ІФН-терапії активність АЛАТ була підвищеною, у крові визначалась НCV RNA. Для оцінки ефективності протівірусної терапії використали критерії, прийняті Європейською групою з вивчення гепатиту.

Імунологічне обстеження хворих полягало у визначенні субпопуляцій лімфоцитів крові CD3+, CD4+, CD8+, CD16+, CD20+ методом імуофлуоресценції за допомогою моноклональних антитіл фірм “Immunotech” (Франція), “Сорбент” (Росія) з використанням мікроскопа Аxiосcор (Zeiss, Німеччина), вмісту цитокінів у сироватці крові методом ІФА (мікропланшетний фотометр DigiScan-400, Австрія), використовуючи набори для кількісного визначення інтерлейкіну-12 (ІЛ-12) “Biosource” (Europe S.A.), ІЛ-2 і ІЛ-4 РгоСon (Росія), ІЛ-6 “Diacclone” (Франція), рівні імуноглобулінів ІgM, ІgG, ІgA (Україна).

У результаті проведених досліджень у хворих на ХГС виявлено імунодепресію клітинної ланки імунітету при активації гуморальної, що проявилось достовірним зниженням, порівняно з контролем, відносної і абсолютної кількості CD16+, CD3+, CD4+, CD8+ лімфоцитів, імунорегуляторного індексу, вмісту ІЛ-12 і ІЛ-2 при суттєво вищому вмісті CD20+ лімфоцитів, ІЛ-4, імуноглобулінів класів ІgM та ІgG. На вираження імунних змін у хворих на ХГС негативний вплив чинили додаткові шкідливі фактори невірусного генезу: у пацієнтів, що працюють на підприємствах зі шкідливими умовами праці або зловживали раніше алкоголем, зареєстровано більш виражену імунодепресію Т-клітинної ланки імунітету при активації гуморальної, порівняно з хворими на ХГС, які не мають впливу вказаних факторів.

У результаті ІФН-терапії первинну біохімічну ремісію зареєстровано у 32 (68,8 %), вірусологічну – у 16 (29,9 %), повну – у 15 (27,1 %) хворих. При цьому частота досягнення ремісії була значно нижчою у хворих, на яких діють шкідливі фактори на роботі і які раніше зловживали алкоголем. На фоні ІФН-терапії в усіх обстежених пацієнтів спостерігали зміну субпопуляційного складу лімфоцитів крові і балансу цитокінів у бік посилення клітинної імунної відповіді. У хворих на ХГС на фоні ІФН-терапії достовірно підвищення вмісту ІЛ-12, ІЛ-2, ІЛ-6 при суттєвому зниженні ІЛ-4 супроводжувалося формуванням первинної біохімічної, а в деяких – і вірусологічної ремісії.

Таким чином, у хворих на ХГС виявлено імунодепресію клітинної ланки імунної відповіді на фоні активації гуморальної, виражений дисбаланс між Т-хелперами 1-го і 2-го типів з переважанням Т-хелперів 2-го типу, найбільш виражені у пацієнтів, які мають вплив додаткових шкідливих факторів невірусного генезу. Показники імунного статусу можуть бути використані як об'єктивні імунологічні критерії ефективності ІФН-терапії у хворих на ХГС.