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)

Отже, серед дітей шести років, котрі підлягали черговій плановій ревакцинації, незахищеними до поліовірусу типу 3 були 63,1 %, до поліовірусу типу 1 – 49,2 %, до поліовірусу типу 2 – 36,9 %. Нами не отримано даних, що б засвідчували ад'ювантну властивість лакто- і біфідобактерій при призначенні їх одноразово разом з ОПВ. Ми не виявили впливу на формування імунної відповіді при вакцинації ОПВ та рівнем імуноглобулінів класів А, G та sIgA на поверхні слизових оболонок травного тракту. Також не виявлено впливу інтеркурентних захворювань на формування імунної відповіді при вакцинації ОПВ.

В.І. Шуляк

ПОРУШЕННЯ ІМУННОГО СТАТУСУ У ХВОРИХ НА МЕНІНГІТ І МЕНІНГОЕНЦЕФАЛІТ ТА ЇХ КОРЕКЦІЯ

Медична академія післядипломної освіти, м. Запоріжжя

У даний час проблема менінгітів (М) і менінгоенцефалітів (МЕ) різної етіології є актуальною, тому що летальність, частота ускладнень і рецидивів ще великі. Перебіг захворювання і його наслідки у хворих на М и МЕ визначаються взаєминами пошкоджуючих факторів і специфічних та неспецифічних захисних механізмів макроорганізму. Недостатність цих механізмів може розвиватися під впливом інфекційних агентів, метаболічних розладів, порушень імунорегуляторних механизмів головного мозку.

Мета роботи – вивчити стан клітинних і гуморальних ланок імунітету, а також деяких неспецифічних факторів захисту організму, розробити критерії прогнозу й принципи терапії у хворих на М і МЕ.

У 79 дорослих хворих на М і МЕ та 30 донорів крові (контрольна група) вивчені стан клітинного й гуморального імунітету, показники фагоцитозу, рівень комплементу. Використано метод оцінки популяцій і субпопуляцій лімфоцитів за допомогою моноклональних антитіл. У розпалі хвороби у більшості хворих відзначене зниження відсоткового й абсолютного вмісту лімфоцитів на 40 %, CD3 – на 35 %, CD19 – на 20 %, CD4 і CD8 – на 15-20 % на тлі підвищення Т-авто – на 60 % і РГМЛ із ФГА – на 50 %. Рівень імуноглобулінів IgM та IgG був зниженим на 20-30 %, а вміст IgA був підвищеним на 30 %. Фагоцитарний індекс і фагоцитарне число були підвищеними у тяжко хворих на 10-20 % на тлі зниження індексу завершеності фагоцитозу й підвищення НСТ-тесту на 30 %. Рівень сироваткового комплементу був зниженим на 30-40 %.

Найбільш виражене зниження показників клітинної і гуморальної ланки імунітету, фагоцитозу й системи комплементу відзначалося у гострий період у хворих, які померли (CD3 і CD19 – на 60 %, CD4 і CD8 – на 30 %, IgM і IgG – на 40-60 % на тлі зниження показників фагоцитозу). У кожного хворого (за формулою А.М. Земскова, 1995) визначали ступінь імунних розладів. За окремими показниками виявлено II-III ступінь імунологічної недостатності.

Викладене вище вказує на необхідність проведення цим хворим імунокоригуючої терапії. Поряд із традиційним лікуванням, хворим призначали людський імуноглобулін, у тому числі внутрішньовенний, лаферон, проводили плазмаферез. За аналізом ефективності використаних засобів імунокорекції, виключивши вплив традиційного лікування, ми одержали дані про нормалізуючу дію імуномодуляторів.

Таким чином, проведені дослідження дозволили виявити клініко-імунологічні особливості М і МЕ вже в ранній період захворювання, які можуть бути використані як прогностичні критерії перебігу й результату захворювання. Комплексна терапія, що включає імунокоригуючі засоби, є більш ефективною порівняно із загальноприйнятою, сприяє швидшій нормалізації клініко-лабораторних показників і попереджує розвиток небажаних наслідків захворювання.

І.Г. Яворський, Ю.Х. Собко, В.М. Тітов, О.П. Адамович,
І.О. Кіселик, Т.В. Покровська

ОЦІНКА ІМУННОГО СТАНУ ПРИ ГЕЛЬМІНТОЗАХ

Національний медичний університет ім. Данила Галицького,
Інфекційна клінічна лікарня, м. Львів

Гуморальні і клітинні імунні реакції організму хазяїна при гельмінтозах людини відзначаються значною різноманітністю з вироблення антитіл різної специфічності. При первинній імунній відповіді переважають антитіла IgM та IgA, при вторинній – IgG, IgA, IgE. Лише частина з них має захисні властивості. Гельмінти здатні потенціювати розвиток загальної та місцевої алергічної реакції і відповідне збільшення в крові концентрації IgE, еозинофілію. Відомо, що гельмінти виділяють потужні імуносупресивні сполуки, які гальмують Т-клітинну відповідь, руйнують білки системи комплементу, "скидають" свої поверхневі антигени під дією специфічних антитіл і адсорбують на своїй поверхні білки організму хазяїна, утворюючи "екранний щит" від його імунної системи. Може розвиватися і протективний імунітет, який при багаторічному стані зараженості з часом захищає організм від суперінвазії, або навпаки – імуносупресивний стан. Останній, з одного боку, може бути поглибленим екзогенними імуносупресантами (зокрема ліками) і "малігнізувати" перебіг гельмінтозу, а з другого – нерідко обтяжувати супровідні хвороби. Відомі летальні випадки внаслідок генералізації стронгілоїдозу після прийому глюкокортикостероїдів (ГКС) (Є.О. Шабловська, 1986). Ми спостерігали два випадки дисемінації та "малігнізації" патологічного процесу при стронгілоїдозі після прийому хворими ГКС за іншими показаннями (до поступлення в клініку).

Під нашим наглядом була ціла низка хворих, де гельмінтози, зумовлюючи супресивний стан, призводили до погіршення перебігу супровідних хвороб. За нашими даними, супровідні вірусним гепатитам (ВГ) аскаридоз (39 хворих), трихоцефальоз (65) та інші, помітно не обтяжуючи перебіг ВГ, призводили до