

норми. При серологічному дослідженні крові методом РПГА титр правцевого анатоксину був меншим за 1:20.

Лікування хворих проводили в реанімаційному відділенні. Усім пацієнтам при надходженні проведено хірургічну обробку рани та екстрену профілактику правця 1,0 мл правцевого анатоксину. З метою етіотропної терапії хворим було введено протиправцеву сироватку в дозі 150 тис. МО внутрішньовенно на фізіологічному розчині, а також призначено пеніцилін в дозі 6 млн. ОД на добу домаєво. Посиндромну терапію в реанімаційному відділенні проводили відповідно до тяжкості стану хворих. У двох випадках на тлі наростання серцево-судинної та дихальної недостатності наступила смерть хворих, решта пацієнтів одужала.

Висновки. Ризик розвитку правця у осіб старшої вікової групи вищий у зв'язку з відсутністю щеплень у дитячому віці та зниження рівня антитоксичного імунітету у таких осіб нижче захисного.

У неімунних осіб старшої вікової групи спостерігається тенденція до важкого перебігу захворювання, для якого характерний короткий інкубаційний та продромальний періоди.

У осіб похилого віку відсутні специфічні прояви у продромальному та наявні більшість класичних ознак правця в період розгорнутих клінічних проявів.

Прогноз захворювання у осіб старшого віку є несприятливим, летальність склала 50%.

ВИКОРИСТАННЯ ІМУНОГЛОБУЛІНУ ПРИ ІНФЕКЦІЙНОМУ МОНОУКЛЕОЗІ

Козько В.М., Белкіна Е.О., Меркулова Н.Ф., Нікітіна В.В.

Державний медичний університет, Харків, Україна

Обласна клінічна інфекційна лікарня, Харків, Україна

Інфекційний мононуклеоз, причиною якого є герпес-вірус третьої групи, в останні роки привертає увагу широкого колу лікарів практики. Цікавість до нього пов'язана зі зростанням захворюваності, розмаїттям клінічних проявів від латентних варіантів до маніфестних форм, труднощами розпізнавання на ранньому етапі. Інфекційний мононуклеоз належить до СНІД індикаторних хвороб. Небезпека розповсюдження СНІДу популає особливо уважно відноситися до кожного випадку інфекційного мононуклеозу та проводити диференційну діагностику із багатьма інфекційними хворобами.

Мета – з'ясувати ступінь участі імунної системи у патогенезі інфекційного мононуклеозу та зміни окремих її показників в залежності від лікування.

Матеріали і методи. Під нашим спостереженням знаходились 63 хворих

на інфекційний мононуклеоз (43 жінки, 20 чоловіків) віком від 17 до 28 років. У всіх хворих підтверджена реплікативна стадія VEB-інфекції. В 32 хворих був вивчений імунний статус у динаміці: при надходженні до клініки (відповідає розпаду хвороби), а вдруге – по закінченні лікування. Визначався стан клітинного імунітету – $CD_{3,4,8}$ та гуморальна ланка - IgG, IgA та IgE.

Всі хворі на інфекційний мононуклеоз середньотяжкого перебігу одержували крім загальної патогенетичної терапії донорський імуноглобулін проти VEB за схемою: введення внутрішньом'язово по 4,5 мл (3 ампули) кожні 48 годин, №5. Побічних дій не відмічалось.

Результати. Основні клінічні прояви хвороби відповідали типовому перебігу (лихоманка, лімфаденопатія, збільшення у розмірах печінки та селезінки, зміни гемограми; на тлі помірної інтоксикації – кволість, зниження апетиту, погіршення сну, астенія. У 25 хворих були прояви тонзиліту. В більшості випадків спостерігався гепатоліснальний синдром (26 хворих). З боку печінки, крім її збільшення в розмірах, у 6 осіб виявлені помірні зміни функціональних проб – білірубину, АЛАТ, АсАТ. Збільшення селезінки знаходили у 12 хворих (фізикально та по даним УЗД). В загальному аналізі крові ресструвався лейкоцитоз в межах $10 \cdot 10^9$ – $12 \cdot 10^9$ /л у 22 хворих, у останніх – нормоцитоз з лімфоцитозом від 45 до 65%, атипові мононуклеари від 5 до 10%.

Методом ІФА виявлені антитіла до VEB класу IgM (26), IgM+IgG(6), що свідчить за гострий процес. Вивчення стану клітинного імунітету у першу неділю надходження до стаціонару виявило помірне його зниження, як абсолютних, так і відносних показників: CD_3 – 31,8% (норма 40,0-75,0%), CD_4 – 31,3% (норма 41,0%), CD_8 – 20,5% (норма 28%). Гуморальна ланка імунітету була змінена у бік підвищення: IgM – 2,1 мг/мл при нормі 0,71 – 1,8 мг/мл, IgA та IgE підвищені менше.

Курс імуноглобуліну сприяв поліпшенню стану хворих: зникала гарячка, ознаки інтоксикації, у 14 хворих лімфовузли дійшли до фізіологічної норми. Значно менш впливав імуноглобулін на розміри печінки та селезінки, які поступово зменшувались із полегшенням стану хворих. Покращилася формула крові – кількість лімфоцитів наблизилась до норми, зникли атипові мононуклеари. Щодо показників імунітету – рівень Т-лімфоцитів та його субпопуляцій також змінився – $CD_{3,8}$ зменшився, CD_4 – виріс; імуноглобуліни значно підвищились.

Висновки. Призначення імуноглобуліну проти вірусу EB при інфекційному мононуклеозі за даною схемою поліпшував загальний стан хворих, змінював формулу білої крові у бік нормалізації, позитивно впливав на порушений клітинний імунітет.