

За статтю серед ВЛІ – інфікованих донорів переважають чоловіки (76,47%). Така ж ситуація спостерігається і серед ін'єкційних наркоманів (90,4%), та осіб, що були позбавлені волі (95,6%). Серед інших груп ризику інфікованість не залежить від статі. (код 104 – 50%/50%)

КОРЕКЦІЯ ПОРУШЕНЬ МІСЦЕВОГО ІМУНІТЕТУ У ХВОРИХ НА ВІРУСНИЙ ГЕПАТИТ А

Копійченко Я. І.

*Науковий керівник – проф. Козько В.М.
Харківський державний медичний університет,
кафедра інфекційних хвороб*

У результаті порушень функціональної здатності печінки у хворих на вірусний гепатит А (ВГА) створюються сприятливі умови для розвитку дисбіозу кишок. Однією із найважливіших функцій кишкової мікрофлори є системна стимуляція імунітету, перш за все місцевого. Основою копроантитіл являється секреторний Ig А, тому вивчення його рівня та стану місцевого імунітету має важливе значення при виборі лікувальної тактики хворих на ВГА.

Мета: вивчення динаміки вмісту секреторного імуноглобуліну А у копрофільтраті хворих на ВГА на тлі лікування альтаном та лактулозою.

Під нашим наглядом знаходилося 48 хворих на ВГА віком від 17 до 54 років. Діагноз установлювався за результатами клініко-епідеміологічних, біохімічних, бактеріологічних (дослідження калу на дисбактеріоз) та імунологічних даних. Вміст секреторного імуноглобуліну А у копрофільтраті вивчали методом імуоферментного аналізу з використанням тест-системи «Вектор – Бест». Забір матеріалу проводили двічі – у 1 та 20-22 добу перебування у стаціонарі. У 33 хворих (68,7%) був зареєстрований легкий перебіг захворювання, у 15 (31,3%) – середньотяжкий. Дисбіоз I ступеню був виявлений у 25 хворих (52,1%), II – у 16 хворих (33,3%), III – у 2 хворих (4,2%). У 5 хворих (10,4%) дисбіоз кишок виявлений не був. В першу групу нагляду ввійшло 23 хворих, які отримували базисну терапію ВГА, в другу – 25 хворих, у яких крім того застосовувалися пребіотик лактулоза та протизапальний антимікробний засіб альтан. Контрольну групу склали 20 чоловік. Аналіз результатів вмісту секреторного імуноглобуліну А у копрофільтраті виявив в період розпаду хвороби статистично достовірне зниження його у порівнянні з контрольною групою. При повторному дослідженні у хворих другої групи на тлі лікування альтаном та лактулозою відмічалось підвищення вмісту секреторного імуноглобуліну А майже до рівня здорової групи. У пацієнтів першої групи рівень секреторного імуноглобуліну А змінився несуттєво у 17 хворих (73,9%), а у 6 (26,1%) зареєстровано зниження його рівня у порівнянні з вихідною величиною. Препарати добре переносилися хворими, реакцій та побічних дій не зареєстровано. Висновки: застосування лактулози та альтану у хворих

рих на ВГА призводить до збільшення рівня секреторного імуноглобуліну А, що свідчить про підвищення місцевого неспецифічного імунітету.

ДИНАМІКА ПОКАЗНИКІВ ІМУННОГО СТАТУСУ ХВОРИХ НА ГЕРПЕТИЧНИЙ МЕНІНГОЕЦЕФАЛІТ

Сохань А.В., Краснов М.І.

*Науковий керівник – д-р .мед.наук Козько В.М.
Харківський державний медичний університет,
кафедра інфекційних хвороб*

Мета роботи – визначення особливостей клінічної картини та деяких показників імунного статусу хворих на гострі герпетичні менінгоенцефаліти (ГГМ). Дослідження проводились на базі клініки кафедри інфекційних хвороб ХДМУ. Визначались загальна кількість, вміст та співвідношення основних популяцій лімфоцитів периферичної крові (CD3, CD4, CD8, CD16, CD21), функціональна активність лімфоцитів, фагоцитозу. Обстежено 34 хворих на ГГМ. Жінок – 19, чоловіків – 15. Вік хворих від 18 до 65 років. Клінічна картина ГГМ характеризувалась поліморфізмом, значною інтоксикацією, розвинутою симптоматикою ураження центральної нервової системи (ЦНС) на фоні слабо виражених менінгеальних симптомів. У 65% ГГМ характеризувався блискавичним початком: гіпертермії, судом (генералізованих або локальних), головного білу переважно у лобно – скроневої ділянці, нудоти та блювання, марення, психомоторного збудження. Надалі швидко розвивались порушення свідомості до коми різного ступіня. Привертало на себе увагу переважання енцефалітичних симптомів над менінгеальними, що мало затяжний характер. Зміни у клітинній ланці імунітету характеризувались вираженим дисбалансом імунорегуляторних клітин: підвищенням кількості CD3 клітин до $2,6 \pm 0,05 \times 10^9/\text{л}$ (контрольна група $2,2 \pm 0,08 \times 10^9/\text{л}$, $p < 0,05$), вираженим зменшенням кількості CD4 клітин до $0,5 \pm 0,05 \times 10^9/\text{л}$ порівняно з $0,79 \pm 0,04 \times 10^9/\text{л}$ у контрольній групі $p < 0,05$; відмічались також зниження рівня CD8 клітин – $0,41 \pm 0,05 \times 10^9/\text{л}$ (контроль – $0,48 \pm 0,02 \times 10^9/\text{л}$, $p < 0,05$), рівень CD21 клітин у більшості випадків підвищувався до $0,75 \pm 0,08 \times 10^9/\text{л}$ (контроль – $0,56 \pm 0,05 \times 10^9/\text{л}$, $p < 0,05$), однак у 3 хворих був зниженим, рівень CD16 клітин нерізко підвищувався до $0,35 \pm 0,07 \times 10^9/\text{л}$, контроль – $0,3 \pm 0,02 \times 10^9/\text{л}$. Також ми спостерігали зниження активності фагоцитозу. Серед цих показників найінформативнішими були вміст лімфоцитів CD4 та зниження коефіцієнта CD4/CD8, це свідчило про недостатню активність клітинної ланки імунної відповіді, що можливо сприяє активації персистенції збудника. Слід зазначити, що рівень коефіцієнта CD4/CD8 та кількість CD4 клітин, рівень активності фагоцитозу корелювали з тяжкістю захворювання. Після проведенного лікування спостерігалось збільшення загальної кількості Т-клітин за рахунок підвищення кількості Т-хелперів та нормалізації кількості Т-супресорів. Також відзначався сприятлива динаміка показників активності фагоцитозу. Та-