

Терешина И.Ф. Влияние амиксина на показатели клеточного звена иммунитета у больных рекуррентным депрессивным расстройством умеренной и тяжелой степени выраженности без психотических симптомов при лечении в амбулаторных условиях.

В данной работе приведено теоретическое обоснование и практическое решение актуальной научной задачи в области клинической психиатрии – повышение эффективности диагностики и лечения больных рекуррентным депрессивным расстройством различной степени выраженности в амбулаторных условиях. У больных с диагнозом F33.1 и F33.2 выявлены существенные сдвиги иммунологических показателей, характеризующих состояние клеточного звена иммунитета. Они проявляются T-лимфопенией, дисбалансом субпопуляционного состава T-лимфоцитов, а иммунорегуляторный индекс CD4+/CD8+ был преимущественно снижен у большинства обследуемых больных. Полученные данные позволяют считать, что наличие вторичного иммунодефицита клеточного звена иммунитета является характерной чертой рекуррентного депрессивного расстройства, а включение в комплексное лечение современного иммуноактивного препарата амиксина можно считать патогенетически обоснованным и перспективным, так как он способствует улучшению показателей клеточного звена иммунитета и восстановлению иммунологического гомеостаза организма больного.

Ключевые слова: рекуррентное депрессивное расстройство, амиксин, амбулаторные условия.

Summary

Tereshina I.F. Amiksin effect on cell immunity in patients with recurrent depressiv disorder moderate and severe degree without psychotic symptoms during treatment in the outpatient setting.

This article presents a theoretical rationale and relevant scientific practice problems in clinical psychiatry - diagnostics efficiency and treatment of patients with recurrent depressiv disorder of varying severity in an outpatient setting. In patients with a diagnosis of F33.1 F33.2 identified as a major immunological parameters that characterize the state of cellular immunity. They are T-lymphopenia, an imbalance of the subpopulation of T-lymphocytes, and immunoregulatory index CD4 + / CD8 + was largely reduced in the majority of the patients. These data suggest that the presence of secondary immunodeficiency of cell mediated immunity is a feature of recurrent depressiv disorders, and inclusion in the comprehensive treatment of modern immunoactive drug amiksin can be considered as pathogenetically warranted and promising, as it helps normalization of cellular immunity and restoration of immunological homeostasis of the patient.

Key words: recurrent depressiv disorder, amiksin, outpatient conditions.

Рецензент: д.мед.н., проф. Г.С. Рачкаускас

ВЛИЯНИЕ СОВРЕМЕННОГО ИММУНОАКТИВНОГО ПРЕПАРАТА ТАМЕРИТА НА ПОКАЗАТЕЛИ МАКРОФАГАЛЬНОЙ ФАГОЦИТИРУЮЩЕЙ СИСТЕМЫ У БОЛЬНЫХ ЧАСТО РЕЦИДИВИРУЮЩЕЙ РОЖЕЙ

В.А. Терёшин, В.В. Лебедев, О.В. Круглова, Я.Л. Юган
ГУ «Луганский государственный медицинский университет»
Кубанский государственный медицинский университет, РФ

Вступление

В последнее время проблема инфекционных болезней стрептококковой этиологии приобретает чрезвычайно актуальное значение в связи с убиквитарностью, наличием резистентности к проводимым лечебным мероприятиям, обилием хронических и рецидивирующих форм, приводящих нередко к стойкой потере трудоспособности и инвалидизации, предрасполагающих к существенному снижению качества жизни пациентов [1, 20, 21]. Среди бактериальных антропонозов рожа в последние десятилетия XX века специалистами стала относиться к разряду малоконтагиозных спорадических инфекционных заболеваний [20, 22]. Однако в последние годы отмечается подъем заболеваемости рожой в США, ряде европейских государств и в странах, входящих в состав СНГ [7, 9, 21, 23]. Как и в прежние годы, болезнь характеризуется упорным рецидивирующим течением и в условиях многолетнего рецидивирования служит одной из главных причин формирования ряда осложнений [13, 21, 23].

В настоящее время рожу принято трактовать как повсеместно распространенное антропонозное инфекционное заболевание стрептококковой этиологии, протекающее в острой и хронической формах, при котором имеет место серозное или серозно-геморрагическое воспаление кожи или слизистых оболочек, лихорадка и другие общетоксические проявления (слабость, недомогание, озноб, головная боль, тошнота или рвота, отсутствие аппетита) [20]. В то же время на сегодняшний день можно считать то, что с тонкостями диагностики, дифференциального диагноза, современной этиотропной и иммунокорректирующей терапии рожки знакомо ещё недостаточное количество врачей, особенно амбулаторного звена [8].

Проведение специальных исследований позволили установить, что в патогенезе рожистого воспаления, в том числе рецидивирующего ее течения, существенная роль принадлежит нарушениям со стороны иммунной системы с развитием вторичных иммунодефицитных состояний [3, 12, 14, 23], в том числе угнетение показателей макрофагальной фагоцитирующей системы (МФС) [3].

Известно, что именно МФС принимает активное участие как в формировании природной антиинфекционной резистентности, так и антигенспецифического иммунитета, в том числе в связи с продукцией клетками макрофагально/моноцитарного ряда цитокинов (ЦК) и других биологически активных веществ [10, 16]. При анализе эффективности проведения иммуноактивной терапии наше внимание привлекла возможность применения современного иммуноактивного препарата тамерита, который в Украине известен также под торговым названием «Галавит», показавшего свою клиническую эффективность при терапии ряда инфекционных заболеваний [6, 17].

Целью настоящего исследования было изучение влияния современного иммуноактивного препарата тамерита на показатели МФС у больных с часто рецидивирующей рожей (ЧРР).

Материалы и методы исследования

В ходе настоящего исследования под нашим наблюдением находилось 84 пациента с диагнозом ЧРР. Среди больных было 44 пациента (52,4%) женского пола и 40 лиц (47,6%) мужского пола. При анализе возрастного состава заболевших было установлено, что ЧРР преимущественно встречалась у лиц предпенсионного (22,2%) и пенсионного (29,9%) возраста, что суммарно составляло 52,1%. У людей наиболее работоспособного возраста (31-50 лет) ЧРР регистрировалась в 34,2% случаев (всего 29 человек) и среди относительно молодых людей (18-30 лет) в 13,7% случаев (12 человек). По результатам настоящего исследования наибольшее количество больных ЧРР составили пенсионеры – всего 27 чел. (32,9%), из них было 18 женщин (67,5%) и 9 мужчин (32,5%).

При тщательном изучении всех историй болезни наблюдавшихся больных ЧРР выяснилось, что основным провоцирующим фактором развития данного заболевания [18] были травматизация и микротравматизация пораженной области, а именно у 31 человека (36,3%), из них 5 пациентов (6,0%) рожистое воспаление связывали с расчесами после укуса насекомого; 15 человек (18,4%) отмечали на-

чало инфекционного процесса после переохлаждения; длительная инсоляция играла значение у 3 пациентов (3,8%), у 2 обследованных (2,4%) заболевание возникло после значительной физической нагрузки, эмоциональные стрессовые реакции предшествовали развитию заболевания у 3 обследованных (3,8%), острые инфекционные болезни, включая ОРВИ, которые возникали непосредственно перед развитием ЧРР, отмечались у 3 больных (3,8%). У 12 больных (14,3%) установлено наличие профессиональных факторов, которые имели значение в качестве провоцирующих обстоятельств в развитии рожистого воспаления. Это был чаще всего труд, связанный с постоянным загрязнением и микротравмами кожи, ношением резиновой обуви, постоянным наличием неблагоприятного микроклимата на рабочем месте, в частности перегревания и частых изменений температурного режима [18]. При детальном изучении анамнеза жизни больных ЧРР были выявлены следующие предрасполагающие факторы развития рожистого воспаления: микозы стоп и онихомикозы - у 11 пациентов (13,1% случаев), псориаз - 1 чел. (1,2%); варикозное расширение вен нижних конечностей - у 12 больных (14,3%) посттромбофлебитический синдром - у 19 обследованных (22,6%), хроническая экзема или хронический аллергический дерматит - у 21 больного (25,0%), трофические язвы на нижних конечностях, чаще всего на голенях - у 2 пациентов (2,4%), ожирение II-III ст. - у 18 больных (21,4%), заболевания сердечно-сосудистой системы имели 25 обследованных (29,8%), это были гипертоническая болезнь, хроническая ишемическая болезнь сердца, диффузный кардиосклероз, инфаркт миокарда и др.; у 26 пациентов (30,9%) выявлено одно или сочетание нескольких хронических заболеваний органов пищеварения (хронический гастрит, хронический холецистит, хронический стеатогепатит, хронический панкреатит, язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, постхолецистэктомический синдром и др.); патологические проблемы с дыхательной системой имели 18 человек (21,4%), в основном хроническое обструктивное заболевание лёгких; сахарный диабет 2-ого типа - 2 человека (2,4%), у 1 женщины с ЧРР (1,2%) имел место постмастэктомический синдром с лимфостазом на верхней конечности со стороны мастэктомии. Наличие очагов хронической стрептококковой инфекции (хронический тонзиллит, отит, кариозные зубы и т.д.) выявлено у 3 человек (3,6%).

Методом случайной выборки было сформировано две группы – основная (43 пациента) и сопоставления (41 больной), рандомизированные по полу, возрасту и тяжести течения заболевания рожистого воспаления. Пациенты обеих групп в остром периоде рожи получали общепринятую терапию, которая включала антибактериальные, антигистаминные препараты, противовоспалительные средства (амизон или мефенамовую кислоту), аскорбиновую кислоту или аскорутин, при необходимости с целью детоксикации также назначали солевые растворы или реамберин внутривенно однократно [2, 19]. По завершению лечения больных в остром периоде рожи при необходимости проведения медицинской реабилитации, но при наличии при иммунологическом обследовании признаков вторичного иммунодефицитного состояния [24] осуществляли бициллинопрофилактику рецидивов в соответствии с существующими рекомендациями [15].

Пациенты основной группы дополнительно к основной терапии в качестве иммунокорректирующего препарата применяли тамерит, известный в Украине под торговым названием «Галавит» (ЗАО ЦСМ "Медикор") по 100 мг внутримышечно ежедневно 5 инъекций, а затем по 100 мг через день 15 инъекций.

Функциональное состояние МФС оценивали на основании показателей фагоцитарной активности моноцитов (ФАМ). При постановке ФАМ использовали чашечковый метод [16]; в качестве тестового объекта использовали живую суточную культуру *Staph. aureus* (штамм 505). Изучали стандартные показатели фагоцитарной реакции – фагоцитарное число (ФЧ), фагоцитарный индекс (ФИ), индекс атракции (ИА) и индекс переваривания (ИП). Тест торможения миграции макрофагов дермы (ТТММД) ставили на модели «кожного окошка» (КО) по Rebeck e.a. с дополнительным интрадермальным введением в зону КО 0,1 мл 0,01 % стерильного раствора ФГА [11]. Лабораторные исследования за период лечения в специализированном инфекционном стационаре осуществлялись 2 раза – при поступлении и перед выпиской из стационара (чаще на 30-й день лечения в основной группе).

Статистическую обработку полученных результатов осуществляли на персональном компьютере Intel Pentium Core 2 Duo 3 GHz с помощью одно- и многофакторного дисперсионного анализа (пакеты лицензионных программ Microsoft Office 2007, Microsoft Excel Stadia 6.1/prof и Statistica 6,0), при этом учитывали основные прин-

ципы использования статистических методов в клинических испытаниях лекарственных препаратов [19].

Полученные результаты и их обсуждение

При проведении иммунологического обследования было установлено, что до начала лечения в обеих группах (основной и сопоставления) больных ЧРР наблюдались однотипные сдвиги иммунологических показателей – ФАМ и ТТММД (табл. 1).

Таблица 1

Показатели ФАМ и ТТММД у обследованных больных до начала лечения ($M \pm m$)

Иммунологические показатели	Норма	Основная группа (n=43)	Группа сопоставления (n=41)	P
ФИ %	25,0±2,0	14,3±1,2**	14,6±1,1**	>0,1
ФЧ	4,0±0,0	2,2±0,1**	2,3±0,12**	>0,1
ИА %	14,8±0,3	11,1±0,6*	11,6±0,5*	>0,1
ИП %	25,0±1,6	12,1±0,8***	12,5±0,7***	>0,1
ТТМД %	26,2±1,9	6,6±0,5***	6,9±0,6***	>0,1

Примечание: в табл. 1 и 2 критерий P вычислен между показателями основной группы и группы сопоставления.

Установлено существенное снижение показателей ФАМ, а именно ФИ в основной группе – в среднем в 1,85 раза относительно нормы, что составляло (14,3±1,2)% при норме (26,5±2,0)%; $P < 0,01$, в группе сопоставления – в 1,82 раза, что равнялось (14,6±1,1)% ($P < 0,01$). До начала проведения лечения у обследованных больных ФЧ было снижено в среднем в 1,8 раза в основной группе больных и равнялось 2,2±0,1 (при норме 4,0±0,1); $P < 0,01$, и в 1,7 раза в группе сопоставления, что составляло 2,3±0,12 ($P < 0,01$), ИА был умеренно снижен – в основной группе больных в 1,33 раза (до (11,1±0,6)%; $P < 0,05$), в группе сопоставления – в 1,28 раза (соответственно (11,6±0,5)%; $P < 0,05$) (табл. 1).

В то же время отмечено существенное уменьшение ИП – в основной группе в 2,07 раза (до (12,1±0,8)% при норме (25,0±1,6)%; $P < 0,001$), в группе сопоставления – в 2 раза (12,5±0,8 при норме 25,0±1,6; $P < 0,001$). Такое существенное снижение ИП свидетельствует о значительном нарушении процессов переваривания поглощенных микроорганизмов, то есть о незавершенности процесса фагоцитоза.

При изучении показателя ТТММД было установлено, что у 27 больных основной группы (32,1%) и 28 пациентов группы сопостав-

ления (33,3%) наблюдалась так называемая парадоксальная стимуляция миграции макрофагов дермы после введения ФГА в кожное окошко. У остальных 45 пациентов (53,6%) основной группы и 53 больных (63,1%) группы сопоставления установлено существенное снижение данного показателя. Суммарно у больных основной группы показатель ТТММД был снижен в 3,97 раза относительно нормы ($P<0,001$), у пациентов группы сопоставления – в 3,79 раза ($P<0,001$). Получены данные свидетельствуют о существенных нарушениях со стороны МФС у больных с ЧРР.

При повторном обследовании больных, которые находились под наблюдением, в периоде реконвалесценции, то есть после завершения курса лечения было установлено, что в основной группе больных, которая дополнительно получала современный иммуноактивный препарат тамерит, отмечалась четкая тенденция до нормализации изученных иммунологических показателей, а именно повышение ФИ - до (24,9±1,8)%, то есть до нижней границы нормы, увеличение ФЧ и ИА до нижней границы нормы (табл. 2).

Таблица 2

**Показатели МФС у больных ЧРР
после завершения лечения (M±m)**

Иммунологические показатели	Норма	Основная группа (n=43)	Группа сопоставления (n=41)	P
ФИ %	25,0±2,0	24,9±1,8	18,6±1,2**	<0,05
ФЧ	4,0±0,0	3,9±0,06	2,8±0,05*	<0,05
ИА %	14,8±0,3	14,6±0,5	12,2±0,6*	<0,05
ИП %	25,0±1,6	24,4±1,5	18,1±1,3*	<0,05
ТТММД %	26,2±1,9	24,4±1,8	14,9±1,2**	<0,05

Показательно, что в основной группе больных ЧРР, которая дополнительно получала тамерит, ИП ФАМ также нормализовался и составил на момент завершения лечения (24,4±1,5)% при норме 26,2±1,9; $P>0,05$). Следовательно, полученные данные свидетельствуют о позитивном влиянии тамерита на показатели ФАМ и ТТММД. В группе сопоставления также была отмечена положительная динамика изученных показателей ФАМ, однако существенно менее выраженная, чем у больных основной группы (см. табл. 2). Поэтому после завершения курса лечения у больных группы сопоставления сохранялось достоверное снижение ФИ как относительно нормы,

так и пациентов основной группы, при этом данный показатель составлял в среднем (18,6±1,2)%, что было в 1,34 раза меньше нормы и соответствующего показателя в основной группе ($P<0,05$). У пациентов с ЧРР, которые получали только общепринятые препараты, ФЧ на момент завершения лечения составляло в среднем 2,8±0,05, что было в 1,43 ниже нормы и соответствующего показателя в основной группе ($P<0,05$); ИА – в среднем (12,2±0,6)%, что было в 1,21 раза меньше нормы и в 1,2 раза ниже соответствующего показателя в основной группе ($P<0,05$); ИП – (18,1±1,3)%, что было в 1,38 раза ниже нормы и в 1,35 раза ниже значения ИП в основной группе ($P<0,05$), а также ТТММД – (14,9±1,2)%, что было ниже нормы в 1,76 раза и в 1,64 меньше ТТММД в основной группе ($P<0,05$).

Таким образом полученные данные свидетельствуют, что применение современного иммуноактивного препарата тамерита в комплексе лечения больных ЧРР патогенетически обоснованно и клинически перспективно.

Выводы

1. До начала лечения у больных ЧРР отмечалось снижение показателей ФАМ, что свидетельствовало об угнетении функционального состояния МФС, а именно ФИ в основной группе было снижено в среднем в 1,85 раза относительно нормы, в группе сопоставления – в 1,82 раза, ФЧ – в 1,8 раза и в 1,7 раза, ИА в 1,33 раза и в 1,28 раза, ИП – в 2,07 раза и в 2 раза соответственно. Показатель ТТММД у больных основной группы был снижен в 3,97 раза относительно нормы, у пациентов группы сопоставления – в 3,79 раза.

2. Применение современного иммуноактивного препарата тамерита в комплексе лечения больных основной группы способствовало нормализации изученных иммунологических показателей.

3. У больных группы сопоставления, несмотря на некоторую положительную динамику, нормализации изученных показателей не отмечалось, при этом ФЧ на момент завершения лечения оставалось в 1,43 ниже нормы ($P<0,05$); ИА – в 1,21 раза ($P<0,05$); ИП – в 1,38 раза ($P<0,05$), ТТММД – в 1,76 раза ($P<0,01$).

4. Перспективой дальнейших исследований можно считать продолжение изучения эффективности современного иммуноактивного препарата тамерита в комплексе лечения больных ЧРР.

1. Брико Н.И. Стрептококковые инфекции в начале XX века: состояние проблемы и перспективы контроля / Н.И. Брико: матер. II ежегодного Всероссийского конгресса по инфекционным болезням (Москва, 29 – 31 марта 2010 г.) // Инфекционные болезни. – 2010. – Т. 8. – С. 47.
2. Диагностика, лечение и профилактика рожистой инфекции: методич. рекомендации / В.М. Фролов, В.В. Гебеш, Н.А. Пересадин [и др.]. - Киев, 1991. – 38 с.
3. Зеленый И.И. Эффективность иммунокоррекции и иммунореабилитации у больных рожей / И.И. Зеленый // Иммунологія та алергологія. – 2005. – № 3. – С. 128-129.
4. Иммунологические методы диагностики и прогнозирование исходов рожистого воспаления: методич. рекомендации / В.М. Фролов, Н.А. Пересадин, И.И. Ногачевский [и др.]. – Киев, 1991. – 14 с.
5. Иммунопатогенез развития рецидивов первичной рожи / И.П. Балмасова, Н.И. Дунда, О.Ф. Еремينا [и др.]: матер. I ежегодного Всероссийского конгресса по инфекционным болезням (Москва, 30 марта – 1 апреля 2009 г.) // Инфекционные болезни. – 2009. – Т. 7. – С. 20.
6. Нагоев Б.С. Эффективность иммуномодулирующего и противовоспалительного препарата тамерит в комплексной терапии бактериальных ангинов / Б.С. Нагоев, М.Т. Абидов, М.Х. Нагоева // Фундаментальные исследования. – 2004. – № 1 – С. 72-72.
7. Особенности современного течения рожи / Л.И. Жукова, В.Н. Городин, Л.П. Блажняя [и др.]: матер. I ежегодн. Всероссийского конгр. по инфекц. болезням (Москва, 30 марта – 1 апреля 2009 г.) // Инфекц. болезни. – 2009. – Т. 7. – С. 70.
8. Пшеничная Н.Ю. Качество распознавания рожи врачами первого звена медицинской помощи и пути его улучшения / Н.Ю. Пшеничная // Эпидемиология и инфекционные болезни. – 2005. – № 5. – С. 58 - 60.
9. Ратникова Л.И. Современная клинико-эпидемиологическая характеристика рожи / Л.И. Ратникова, Н.Н. Лаврентьева, А.Н. Жамбурчинова // Российский медицинский журнал. – 2007. – № 4. – С. 33-34.
10. Роль макрофагов в регенерации раневого процесса / А.Б. Абидов, Б.А. Бутенко, Н.Ю. Репина [и др.] // Актуальные вопросы инфекционной патологии: матер. VII науч.-практ. конф. Южного федерального округа с междунар. участ. (Краснодар, 17-18 мая 2012 г.). – Краснодар, 2012. – С. 13-14.
11. Тест торможения миграции макрофагов дермы: метод постановки и клиническая интерпретация результатов / Х.М. Векслер, В.М. Фролов, Я.Д. Кейш, Н.А. Пересадин // Современные методы иммунологического обследования в клинике. – Рига: Зинатне, 1989. – С. 11-18.
12. Фазылов В.Х. Нарушение гемостаза и иммунитета при формировании рецидивов рожи, их терапевтическая коррекция: автореф. дис. ... д-ра

- мед. наук : спец. 14.01.13 «Инфекционные болезни» / В.Х. Фазылов. – СПб., 1996. – 35 с.
13. Фролов В.М. Лечение и профилактика рецидивирующей рожи / В.М. Фролов, И.И. Зеленый // Журнал практического врача. – 1997. – № 1. – С. 25-27.
 14. Фролов В.М. Патогенез и диагностика рожистой инфекции / В.М. Фролов, В.Е. Рычнев. – Воронеж: изд-во ВГУ, 1986. – 160 с.
 15. Фролов В.М. Лечение и профилактика рецидивирующей рожи / В.М. Фролов, И.И. Зеленый // Журнал практического врача. – 1997. – № 1. – С.25-27.
 16. Фролов В.М. Определение фагоцитарной активности моноцитов периферической крови у больных / В.М. Фролов, Н.А. Пересадин // Лабораторное дело. – 1990. – № 9. – С. 27-29.
 17. Фролов В.М. Галавит: фармакологическая активность и клиническое применение / В.М. Фролов, Н.А. Пересадин, Е.В. Высочин // Український медичний альманах. – 2008. – Том 11, № 4. – С. 68-74.
 18. Шип С.А. Рожа: клинические аспекты, предрасполагающие и провоцирующие факторы / С.А. Шип: матер. II ежегодн. Всерос. конгресса по инф. бол. (Москва, 29 марта – 31 марта 2010 г.) // Инфекционные болезни. – 2010. – Т. 7. – С. 373.
 19. Юнкеров В.И. Математико-статистическая обработка данных медицинских исследований / В.И. Юнкеров, С.Г. Григорьев. – [2-е изд., доп.]. – СПб.: ВМедА, 2005. – 292 с.
 20. Ющук Н.Д. Лекции по инфекционным болезням / Н.Д. Ющук, Ю.Я. Венгеров. – Т. 1. – [3-е изд.]. – М.: Медицина, 2007. – Т. 1. – С. 228-242.
 21. Leclerc S. Recurrent erysipelas: 47 cases / S. Leclerc // Dermatology. – 2007. – № 214. – Pt 1. – P. 52-57.
 22. Principles and practice of infectious diseases / G.L. Mandell, R.G. Douglas, J.E. Bennett, R. Dolin. – [5th ed.]. – Philadelphia: Churchill Livingstone, 2000. – 247 p.
 23. Schneider I. Clinical picture, immunology and pathogenesis of recurring erysipelas / I. Schneider // Z. Hautartz. – 1987. – Vol. 62, № 1. – P. 56-65.

Резюме

Терьошин В.О., Лебедев В.В., Круглова О.В., Юган Я.Л. Вплив сучасного імуноактивного препарату тамеріту на показники макрофагальної фагоцитуючої системи у хворих на часто рецидивуючу бешиху.

У хворих на рецидивуючу бешиху до початку лікування відмічалися зміни зі сторони показників макрофагальної фагоцитуючої системи (МФС), які характеризувалися пригніченням показників фагоцитарної активності моноцитів (ФАМ). Включення імуноактивного препарату тамеріту забезпечує практично повне віднов-

лення функціонального стану МФС, про що свідчить нормалізація вивчених показників ФАМ.

Ключові слова: часто рецидивуюча бешиха, фагоцитарна активність моноцитів, тамерит, лікування.

Резюме

Терешин В.А., Лебедев В.В., Круглова О.В., Юган Я.Л. *Влияние современного иммуноактивного препарата тамерита на показатели макрофагальной фагоцитирующей системы у больных часто рецидивирующей рожей.*

У больных с часто рецидивирующей рожей (ЧРР) до начала лечения отмечались изменения со стороны показателей макрофагальной фагоцитирующей системы (МФС), которые характеризовались угнетением показателей фагоцитарной активности моноцитов (ФАМ). Применение иммуноактивного препарата тамерита обеспечивает практически полное восстановление функционального состояния МФС, что подтверждается нормализацией показателей ФАМ.

Ключевые слова: часто рецидивирующая рожа, фагоцитарная активность моноцитов, тамерит, лечение.

Summary

Tereshin V.A., Lebedev V.V., Kruglova O.V., Yugan Y.L. *Influence of modern immunoactive preparation tamerit on macrophagal phagocytic system at the patients with recurrent erysipelas.*

In patients with recurrent erysipelas (ERE) before treatment was detected a macrophagal phagocytic system (MPS) changes that characterized of phagocytic activity of monocytes depression (PAM). Application of modern immunoactive preparation tamerit provides complete recovery of the functional state of the MPS, what correlation with normalisation of PAM.

Key words: recurrent erysipelas, phagocytic activity of monocytes, tamerit, treatment.

Рецензент: д.мед.н., проф. М.О. Пересадин

УДК 615.37:616.97.56:586.12.05

ЦИТОКИНОВИЙ ПРОФІЛЬ КРОВІ ХВОРИХ НА ГЕРПЕТИЧНУ ІНФЕКЦІЮ ПРИ ЗАСТОСУВАННІ НУКЛЕКСУ

З.Ю. Ткачук, В.С. Черкасова, В.М. Фролов
ДЗ "Луганський державний медичний університет"

Вступ

Завдяки сучасним дослідженням в області фундаментальної та клінічної імунології з'ясований патогенез більшості вірусних захворювань, що прямо чи побічно обумовлений порушеннями в системі імунітету [4]. При цьому, нормалізація функції імунітету може суттєво полегшити перебіг вірусних інфекцій та підвищити ефективність терапевтичних заходів. Серед таких імунозалежних вірусних захворювань певне місце займає герпетична інфекція (ГІ) [3, 4]. Згідно останнім епідеміологічним дослідженням, вірусами простого герпесу (Herpes virus simplex – HVS) інфіковано до 80-90% населення планети [13]. Вважають, що на території СНД різними формами ГІ щорічно вражається декілька мільйонів чоловік, переважно молодого віку. Однак, що до України, у зв'язку з відсутністю обов'язкової реєстрації захворюваності на ГІ справжня кількість хворих достеменно не відома [1, 7].

Сьогодні не викликає сумнівів той факт, що часті прояви ГІ обумовлені недостатністю функціонування різних ланок імунної системи та її нездатністю елімінувати вірус із організму. Проте, вважається, що основою порушення імунної відповіді при хронічних вірусних захворюваннях, в т.ч. і при ГІ, є недостатність продукції цитокінів (ЦК) та пов'язані з цим зміни в функціональних особливостях імунокомпетентних клітин, перш за все кілерних [2, 5].

В Україні через недооцінку значення та незадовільне фінансування відсутня єдина стратегія що до діагностично-лікувального забезпечення пацієнтів з проявами інфекції HVS на різних рівнях надання медичної допомоги. До теперішнього часу не розроблений універсальний і гарантований метод контролю за HVS-інфекціями. Існуючі методи імуномодуляції та вакцинотерапії ще не достатньо досконалі та не дають необхідної ефективності, а етіотропні пре-

Екологічна і клінічна імунологія та імунореабілітація