

- определение с помощью вестерн-блота сигнальных молекул в культуре мононуклеаров под действием соответствующих стимуляторов;

- определение с помощью ПЦР экспрессии мРНК для ИФН- γ в культуре мононуклеаров, стимулированных ФГА или специфическим антигеном;

- такая же система используется при изучении сигнально-рецепторных дефектов в системе ИЛ-12, только применяются другие активаторы клеток – ЛПС или ИФН- γ .

При применении данного алгоритма для оценки сигнально-рецепторного пути у больных с микобактериальными инфекциями обнаружено два вида нарушений, часто повторяющихся у всех больных:

- пониженная способность мононуклеаров отвечать продукцией ИЛ-12 под влиянием ИФН- γ ;

- значительное понижение количества CD3+ ИФН- γ клеток при нормально экспрессии почти у всех больных.

При использовании указанного алгоритма для оценки сигнально-рецепторного пути у больных с хроническим рецидивирующим герпесом обнаружено, что, как правило, у таких пациентов уровень ИФН- γ и количество ИФН- γ -продуцирующих клеток в норме или повышены. У 25% этих больных выявлено существенное снижение продукции ИЛ-12 при активации мононуклеаров ИФН- γ , мощным стимулятором этого цитокина у здоровых людей. Выявленный дефект в синтезе ИЛ-12 является одной из ведущих причин в патогенезе хронического рецидивирующего герпеса. Это может быть связано с дефектной экспрессией ИФН- γ -рецепторов или наличием нарушений в Jak/STAT1-сигнальном пути, осуществляющем передачу сигнала от ИФН- γ в ядро клетки. Можно полагать, что выяснение причин рецидивирования хронического герпетического процесса представляет существенный интерес для клинической иммунологии.

Таким образом, у больных как с микобактериальными инфекциями, так и с рецидивирующим герпесом основные параметры иммунной системы: фагоцитоз, субпопуляции лимфоцитов, иммуноглобулины, находятся в пределах нормы. Могут выявляться изменения, связанные с активацией иммунной системы под влиянием инфекционного процесса, как-то: повышение уровня HLA-DR+, CD16+- клеток, повышение уровня иммуноглобулинов и т.д. Эти изменения являются следственными. Для выявления причинных изменений нужно углублённое исследование сигнально-рецепторных путей активации ИФН- γ и ИЛ-12, а также генома клетки.

Принципы современных технологий терапии вторичных дефектов иммунной системы

Парахонский А.П.

Кубанский медицинский университет

Краснодар, Россия

Иммунодефициты сопровождаются разнообразными инфекционными заболеваниями. Иммунотерапия при вторичных ИДС с инфекционным синдромом может носить различный характер. Заместительная терапия иммуноглобулинами (Ig) показана в остром периоде тяжёлых упорно рецидивирующих инфекций. При ИДС с бактериальным синдромом целесообразно применение интраглобина, октагама, сандоглобулина, IgG. При развитии септического шока предпочтителен пентаглобин, обладающий антибактериальным и аитотоксическим действием. При ИДС с вирусным синдромом возможно использование интраглобина и пентаглобина, содержащих высокий титр противовирусных АТ. При нарушениях интерферонового статуса показано проведение локальной и системной заместительной терапии рекомбинантным ИФН- α - вифероном, обладающим иммуномодулирующим эффектом. Результатом иммуномодулирующей терапии (ИМТ) при вторичных ИДС с инфекционным синдромом является восстановление работы дефектных звеньев ИС, адекватности её реагирования на воспалительные процессы различной этиологии, нивелирование гиперэргических реакций. Необходимость проведения ИМТ обусловлена клиническими признаками ИДС и дефектами функционирования ИС. При лабораторно подтверждённых дефектах ИС, но отсутствии клинических признаков ИДС - ИМТ не проводится, а пациентов относят к группе риска под наблюдение специалиста.

В зависимости от вида выявленных дефектов ИС определяется выбор иммуномодулирующих препаратов, которые можно подразделить по точкам приложения. ИМТ может носить моно- и комбинированный характер. При дефектах Т-клеточного звена используются биологические и синтетические тимические факторы. При патологии В-звена целесообразно применение миелопида; при дефектах в системах фагоцитов и естественных киллерных клеток преимуществом обладают полиоксидоний и липопид.

Наиболее сложным является проведение ИМТ при комбинированных дефектах ИС, клинически проявляющихся развитием ассоциированных инфекций. Такие пациенты демонстрируют глубокую недостаточность ИФН- α и ИФН- γ , различные нарушения Т-клеточного иммунитета, недостаточность нейтрофильных гранулоцитов, макрофагов и естественных киллерных клеток. Комбинированная ИМТ

должна базироваться на проведение длительного курса системного и локального использования высокодозовой виферонотерапии с постепенным переходом на средние, а далее на низкие дозы в течение 4-5 месяцев. Необходимо поведение ИМТ, направленной на восстановление Т-клеточного звена ИС с использованием тимических препаратов. Для коррекции функции нейтрофильных гранулоцитов и естественных киллеров возможно применение ликопида.

Таким образом, основным принципом технологий терапии комбинированных дефектов с клиническим синдромом ассоциированных инфекций является комплексная ИМТ, проводимая на фоне противовирусной, антибактериальной и противогрибковой терапии. Обязательное условие лечения – сочетание с терапией поддержки: режим антигенного и аллергенного щажения, восстановление микробиотенноза слизистых, санация хронических очагов инфекции, использование антиоксидантов, препаратов цинка. Использование описанных принципов иммунотерапии даёт хороший клинический эффект у 85-90% больных: сокращение числа обострений хронической патологии, улучшение качества жизни пациентов.

Стационар – замещающие технологии лечения сальпингоофоритов

Торговичкая И.П., Елисеева Е.В, Хижняк Г.И.
МУЗ «Поликлиника № 7» Женская консультация
г. Владивосток Россия
ГОУ ВПО Владивостокский государственный
медицинский университет Росздрава,
Владивосток Россия

Развитие стационар - замещающих технологий - современная концепция оказания медицинской помощи больным с воспалительными заболеваниями органов малого таза (ВЗОМТ). В большинстве случаев лечение сальпингоофоритов у женщин репродуктивного возраста должно начинаться эмпирически, так как время, потраченное на этиологическую верификацию, увеличивает риск возможных осложнений с последующей потерей репродуктивной функции.

Цель исследования: на амбулаторно-поликлиническом этапе оценить влияние различных схем ступенчатой эмпирической антибактериальной терапии на локальный иммунитет у больных с острыми формами сальпингоофорита с повышенными факторами риска ВЗОМТ; дать клинико-иммунологическое обоснование использования Виферона II в комплексном лечении данных пациентов.

Пациенты и методы: под наблюдением находились 106 пациентки с острыми формами сальпингоофорита и повышенными факторами риска ВЗОМТ в возрасте 18–42 лет (средний

возраст $25,4 \pm 0,8$ лет). Пациентки, вошедшие в исследование, не нуждались в хирургическом вмешательстве. Длительность основного заболевания варьировала от 4-х до 10 дней.

Все больные были ранжированы на две группы. В первую группу ($n = 54$) вошли пациентки, получавшие ступенчатую антибиотикотерапию офлоксацином (800 мг/сут) и метронидазолом (1500 мг/сут). Вторую группу составили пациентки ($n = 52$), которым проводилась ступенчатая антибиотикотерапия с использованием амоксициллина/клавуланата 2000 мг/сут), доксициклина моногидрата (200 мг/сут) и метронидазола (1500 мг/сут). Все больные получили противовоспалительную, антимикотическую и десенсибилизирующую терапию.

Клиническое обследование пациентов включало: исследование крови (клинический анализ, биохимический анализ), исследование мочи, определение основных иммунологических параметров крови и вагинального секрета, гинекологическое обследование, цитологическое и микробиологическое исследование мазков из влагалища, цервикального канала и уретры (бактериоскопическое и бактериологическое исследование, определение чувствительности микрофлоры к действию антибиотиков, ПЦР, РИФ), ультразвуковое исследование с использованием конвексного и трансвагинального датчиков.

Оценка эффективности антибактериальной терапии свидетельствовала о том, что полное клиническое, микробиологическое выздоровление, нормализация показателей локального иммунитета наблюдались у 62% пациентов в первой группе и у 75% - во второй. В 1/3 случаев в первой группе и 1/5 случаев - во второй клиническая ситуация по окончании антибиотикотерапии была расценена как клиническое, микробиологическое выздоровление с нормализацией микробиотенноза на фоне снижения IgA в вагинальном секрете. 5,5% пациенток первой группы и 3,8% пациенток второй группы демонстрировали клиническое, микробиологическое выздоровление, однако анализ показателей локального иммунитета выявил значительные изменения. Отсутствие эффекта от антибактериальной терапии, наряду с нарушением локальных факторов иммунитета, зарегистрировано в 3,7% и 1,9% случаев соответственно.

На втором этапе нашего исследования группе пациентов, имеющих снижение локального иммунитета, назначались суппозитории Виферон II по 1 свече ректально 2 раза в день, в течение 5 дней. На фоне применения препарата выявлено снижение колонизации патогенными микроорганизмами и восстановление микробиотенноза, проходившее без дополнительного применения эубиотиков. В первой