**АЧКАСОВА ТЕТЯНА АНАТОЛІЇВНА. Стан імунітету та особливості клініки інфекційного мононуклеозу у дітей : Дис... канд. наук: 14.10.10 – 2003**

|  |  |
| --- | --- |
| |  | | --- | | Ачкасова Т.А. Стан імунітету та особливості клініки інфекційного мононуклеозу у дітей . – Рукопис.  Дисертація на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук за спеціальністью 14.01.10 – педіатрія. –Кримський державний медичний університет ім. С.І. Георгієвського МОЗ України, Сімферополь, 2003.  Дисертація присвячена вивченню стану імунітету й особливостей клініки інфекційного мононуклеозу в дітей.  Виділено основні клінічні симптоми захворювання, визначений ступінь їхньої виразності, тривалість прояву.  Комплексно досліджений стан імунітету в дітей з інфекційним мононуклеозом. Доведено, що при інфекційному мононуклеозі відбувається пригнічення імунітету з перших днів хвороби, що зберігається й у періоді клінічного видужання. На підставі отриманих даних запропонований новий підхід до лікування інфекційного мононуклеозу з застосуванням имунокорегуючоі терапії циклофероном. Доведено клінічну й імунологічну ефективність запропонованого препарату.  Уперше вивчений стан імунітету в дітей, які перенесли інфекційний мононуклеоз 1 і 2 роки тому. Спустя рік після захворювання виявлені імунні порушення вірогідно зберігаються, спустя 2 роки показники клітинного імунітету нормалізуються, а стан неспецифічної резистентності залишається вірогідно зниженим. Діти, які перенесли інфекційний мононуклеоз, мають потребу в диспансерному спостереженні не менш чим 2 роки після захворювання з щорічним імунологічним контролем і курсами імунокорекції. | |
| |  | | --- | | 1. На сучасному етапі клінічна картина інфекційного мононуклеозу характеризується: відсутністю сезонності захворювання, охопленням середньої вікової групи, переважно гострим початком хвороби, короткочасним підйомом температури до високих цифр, меншою вираженістю лімфаденопатії зі збільшенням всіх груп лімфовузлів, невираженим назофарингітом, переважанням лакунарних ангін, відносно нетривалим гепатолієнальним синдромом з переважаючим збільшенням печінки, рідкою появою алергічного висипу, високим лейкоцитозом, що проходить до 10-14 дня захворювання, невисоким рівнем вмісту атипових мононуклеарів. 2. У хворих на інфекційний мононуклеоз відбувається пригнічення імунітету з перших днів хвороби, що проявляється зниженням титру комплементу, рівня лізоциму, фагоцитарної активності і фагоцитарного індексу, кількості ЕК-лімфоцитів, Т-лімфоцитів за рахунок Т-хелперів, активованих Т- і В-лімфоцитів, рівня імуноглобулінів класу А; підвищенням вмісту В-лімфоцитів, рівня імуноглобулінів класу М та циркулюючих імунних комплексів. 3. При виписці із стаціонару, після зникнення клінічних симптомів захворювання, виявлені зміни в імунологічному статусі зберігаються. 4. Через рік після перенесеного захворювання виявлені імунні порушення достовірно зберігаються, через 2 роки показники клітинного імунітету нормалізуються, а стан неспецифічної резистентності залишається достовірно зниженим. 5. Включення в терапію інфекційного мононуклеозу ендогенного індуктора інтерферонів – циклоферону – за схемою 1, 2, 4, 6 день 6-10 мг/кг на добу внутрішньом’язово має виражений позитивний вплив на клінічний перебіг хвороби та стан показників неспецифічної резистентності, клітинного і гуморального імунітету. 6. Дітям, які перенесли інфекційний мононуклеоз, потрібне диспансерне спостереження не менше ніж 2 роки після захворювання зі щорічним імунологічним контролем і курсами імунокорекції. | |