**Тарануха Любов Іванівна. Визначення клініко-імунологічних змін, що впливають на формування рецидивуючого перебігу бронхіту у дітей : Дис... канд. наук: 14.03.08 - 2007.**

|  |  |
| --- | --- |
|

|  |
| --- |
| **Тарануха Л.І.** Визначення клініко-імунологічних змін, що впливають на формування рецидивуючого перебігу бронхіту у дітей. – Рукопис.Дисертація на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук за спеціальністю 14.03.08 – імунологія та алергологія. Національний медичний університет ім.О.О.Богомольця, Київ, 2006.Дисертація присвячена вивченню клініко-імунологічних особливостей перебігу рецидивного бронхіту в різні періоди захворювання та підвищенню ефективності лікування дітей шляхом доповнення традиційної терапії імунокорекцією препаратом ехінацеї пурпурової імуналом.Проведені клініко-імунологічні дослідження дозволили виявити у дітей хворих на рецидивний бронхіт суттєві порушення загальних адаптаційних реакцій, розлади в системі фізіологічної регуляції функцій імунної системи на всіх етапах розвитку патологічного процесу. Виявлені вірогідні зміни в імунному статусі: значне зниження рівня тимуліну в сироватці крові, зниження проліферативної та адгезивної активності Т-лімфоцитів, збільшення спонтанної і зменшення резервної бактерицидності нейтрофілів в періоді загострення; зменшення адгезивної активності Т-клітин, активація комплементу, підвищення рівня IgG, зменшення резервної бактерицидності нейтрофілів та зниження здатності лейкоцитів до продукції -ІФН та ФНП-a в періоді ремісії, що може вказувати на суттєву роль пригнічення імунологічної реактивності у формуванні рецидивуючого перебігу захворювання.Запропоноване використання отриманих даних для диференціальної діагностики та прогнозу рецидивного бронхіту.Обґрунтована доцільність застосування імунотерапії імуналом і вперше показана ефективність розробленого методу імунотерапії за клінічними та імунологічними критеріями. |

 |
|

|  |
| --- |
| В дисертації проведений аналіз клініко-імунологічних і цитокінових змін, які відбуваються в різні фази рецидивного та гострого бронхіту в динаміці традиційного лікування та такого, комбінованого з імунотерапією імуналом, на основі котрого обгрунтовано и запропоновано нове вирішення актуального медико-соціального завдання – підвищення ефективності лікування рецидивного бронхіту у дітей.1. Період загострення рецидивного бронхіту у дітей, на відміну від гострого бронхіту, характеризується невисоким підвищенням температури тіла, а у значної частини дітей (21%) відсутністю температурної реакції. Майже у всіх хворих (92%) не розвивається лейкоцитоз і практично не змінюється лейкоцитарна формула. Все це, разом з затяжним перебігом захворювання, може свідчити про нездатність організму відповідати адекватною загальною захисною реакцією на інфекцію.
2. В періоді загострення рецидивного бронхіту, на відміну від гострого бронхіту, суттєво знижена адгезивна та проліферативна активність Т-лімфоцитів, значно знижений також і рівень тимуліну в сироватці крові, що можна розглядати як наявність імунологічної недостатності.
3. ІФН та ФНП- в сироватці крові та культуральному середовищі лейкоцитів дітей з рецидивним бронхітом виявляється на всіх етапах розвитку захворювання. В періоді загострення продукція спонтанного та індукованого ІФН і ФНП- збільшується, що відображає участь цитокінової системи в інфекційному процесі. Після лікування продукція ІФН зменшується, а продукція ФНП- залишається на високому рівні відповідно до значно підвищеної здібності лейкоцитів до індукованої in vitro продукції цього прозапального цитокіну, що може бути одним із важливих факторів тривалого перебігу рецидиву.
4. У 25% хворих з рецидивним бронхітом в періоді загострення сироватковий ІФН не визначається або рівень його залишається низьким. Встановлено, що між показниками інтерферонового статусу та клінікою рецидивного бронхіту існує достовірний взаємозв’язок: у хворих з низьким рівнем сироваткового ІФН в періоді загострення захворювання спостерігається відсутність адекватної температурної реакції та триваліший термін рецидиву, що свідчить про важливу роль інтерферону у розвитку захворювання.
5. У дітей з рецидивним бронхітом в періоді загострення визначається високий рівень спонтанної бактерицидності нейтрофілів та зниження функціонального резерву. У частини дітей одужання супроводжується суттєвим зниженням спонтанної бактерицидності уже на 5-ту добу і далі. Для такої динаміки характерна менша тривалість лихоманки, зменшення тривалості кашлю, більш швидке відновлення активності. Зниження підвищеної спонтанної бактерицидності може відігравати роль прогностичного критерію.
6. В періоді ремісії у дітей з рецидивним бронхітом спостерігається зниження адгезивної активності Т-лімфоцитів, активація комплементу, підвищення рівня IgG, зниження резервної бактерицидності нейтрофілів, зниження здатності лейкоцитів до продукції -ІФН та ФНП-a, що свідчить про наявність імунологічної недостатності в цьому періоді, яка, мабуть, і являє собою основу для розвитку наступного рецидиву.
7. Вперше в схемі лікування дітей з рецидивним бронхітом застосовано препарат ехінацеї пурпурної імунал, який позитивно впливає на динаміку одужання, що проявляється достовірно більш швидким зворотнім розвитком основних клінічних симптомів хвороби та зменшенням частоти рецидивів. При цьому препарат здійснює значний позитивний вплив на бактерицидну активність нейтрофілів, знижуючи спонтанну бактерицидність уже на 4-5 день лікування і збільшуючи функціональний резерв фагоцитів. Також відмічається суттєва нормалізація інших показників активності імунної системи: зниження спонтанної продукції інтерферону клітинами крові, підвищення проліферативної активності та адгезивної активності лімфоцитів.
 |

 |