



ИММУНОЛОГИЯ

Двухмесячный научно-теоретический журнал

ОСНОВАН В ЯНВАРЕ 1980 г.

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ:

Главный редактор Р. М. ХАИТОВ

Л. П. АЛЕКСЕЕВ, Р. И. АТАУЛЛАХАНОВ, А. А. ВОРОБЬЕВ, И. С. ГУЩИН, Е. А. ЗОТИКОВ, Н. И. ИЛЬИНА, З. Г. КАДАГИДЗЕ, А. Я. КУЛЬБЕРГ, Ю. М. ЛОПУХИН, Н. В. МЕДУНИЦЫН, В. Г. НЕСТЕРЕНКО, Б. Б. ПЕРШИН, Р. В. ПЕТРОВ, Б. В. ПИНЕГИН (заместитель главного редактора), И. Г. СИДОРОВИЧ, И. С. ФРЕЙДЛИН, А. Н. ЧЕРЕДЕЕВ, А. А. ЯРИЛИН (ответственный секретарь)

СОСТАВ РЕДАКЦИОННОГО СОВЕТА:

Г. И. АБЕЛЕВ (Москва), И. И. БАЛАБОЛКИН (Москва), Н. Д. БЕКЛЕМИШЕВ (Алма-Ата), С. С. ГАМБАРОВ (Ереван), Г. В. ГУРГЕНИДЗЕ (Тбилиси), Ю. М. ЗАРЕЦКАЯ (Москва), В. М. ЗЕМСКОВ (Москва), В. А. КОЗЛОВ (Новосибирск), Л. В. ЛУСС (Москва), А. И. ПОЛЯК (Ростов-на-Дону), Р. М. РУЗЫБАКИЕВ, Р. И. СЕПИАШВИЛИ (Цхалтубо), Е. Ф. ЧЕРНУШЕНКО (Киев)

4 ИЮЛЬ—АВГУСТ
1998



МОСКВА «МЕДИЦИНА»

1995

... убивать вирусинфицированные клетки — главный семинации возбудителя в организме. Здесь также уместно отметить, что липоид хорошо взаимодействует не только с антибиотиками, но и с препаратами интерферонового ряда и индукторами. Нанесение тройного удара по возбудителю (противовирусное средство, липоид и индуктор интерферона), по нашим наблюдениям, является исключительно эффективным при ряде хронических герпетических и цитомегаловирусных инфекциях.

Таким образом, главным принципом применения липоида является его одновременное назначение с антимикробными средствами, что ведет к значительному повышению эффективности антибактериальных, противогрибковых и противовирусных препаратов и, следовательно, к быстрому купированию патологического процесса; к существенному снижению курсовой дозы этих препаратов; к сокращению числа койно-дней и сроков временной нетрудоспособности; к значительному удлинению ремиссии и существенному снижению вероятности развития рецидива.

Перспективы применения липоида. Мы считаем, что липоид показан в комплексе с противомикробными средствами практически при всех хронических инфекционно-воспалительных процессах бронхолегочного, урогенитального, желудочно-кишечного трактов, кожи и мягких тканей.

Большие перспективы имеются у липоида для лечения хронических воспалительных процессов у детей, особенно у новорожденных. Это связано с тем, что у последних недостаточно сформирована моноцитарно-макрофагальная система, а липоид, как это было показано выше, существенно повышает ее активность. В настоящее время липоид проходит клинические испытания у детей в ведущих педиатрических центрах Москвы.

Особенно большие перспективы имеются у липоида для лечения и профилактики злокачественных заболеваний. Здесь уместно напомнить, что большой интерес к препаратам муромидипептидного ряда, возникший в России и на Западе в 70-х годах, был в значительной степени связан с наличием у них, по данным экспериментальных исследований, выраженной противоопухолевой активности. Мы полагаем, что в ближайшем будущем липоид будет применяться для повышения иммунитета и стимуляции лейкопоэза у раковых больных. Мы также полагаем, что он может оказаться эффективным в комплексе с цитостатическими препаратами при лечении злокачественных процессов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Андропова Т. М., Иванов В. Т. // Sov. Med. Rev. D. Immunology. — 1991. — Vol. 4. — P. 1—63.
2. Винницкий Л. И., Бунатян К. А., Пинегин Б. В. и др. // Вестн. Рос. АМН. — 1997. — № 11. — С. 46—49.
3. Иванов В. Т., Хаитов Р. М., Андропова Т. М., Пинегин Б. В. // Иммунология. — 1996. — № 2. — С. 4—6.
4. Иванов В. Т., Андропова Т. М., Несмеянов В. А. и др. // Клини. мед. — 1997. — № 3. — С. 11—15.
5. Лазарева Д. Н., Алехин Е. К. Стимуляторы иммунитета. — М., 1985.
6. Пинегин Б. В., Андропова Т. М., Хаитов Р. М. // Medical Market. — 1996. — № 5—6. — С. 10—13.
7. Хаитов Р. М., Пинегин Б. В. // Клини. мед. — 1996. — № 8. — С. 7—12.
8. Чахава О. В., Горская Е. М., Рубан С. З. Микробиологические и иммунологические основы гнотобиологии. — М., 1982.
9. Dinarrello C. A., Krueger J. M. // Fed. Proc. — 1996. — Vol. 45. — P. 2545—2548.
10. Ellouz F., Adam A., Cioburi R., Lederer E. // Biochem. biophys. Res. Commun. — 1974. — Vol. 59. — P. 1317—1325.
11. Sanceau J., Falcoff R., Beranger F., Carter D. B. // Immunology. — 1990. — Vol. 69. — P. 52—56.
12. Vermeulen M. W., Gray G. R. // Infect. and Immun. — 1984. — Vol. 46. — P. 476—478.
13. Werner G. H., Jolles P. // Eur. J. Biochem. — 1996. — Vol. 242. — P. 1—19.

Поступила 12.03.97

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 1998

УДК 615.276.4.03:616.5-002.34-031.13].036.8

И. Д. Баранова, В. Ф. Молотилов, А. В. Симонова

СРАВНИТЕЛЬНАЯ КЛИНИКО-ИММУНОЛОГИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ИММУНОМОДУЛЯТОРОВ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ФУРУНКУЛЕЗОМ

Орловский областной центр по борьбе и профилактике СПИДа и инфекционных заболеваний, ГНЦ — Институт иммунологии Минздрава России, Москва

Фурункулез относится к группе гнойничковых заболеваний и характеризуется множественным высыпанием фурункулов [1]. Возбудителем фурункулеза является стафилококк, который открыл Луи Пастер еще в 1880 г. Патогенез этого заболевания долгое время оставался неизученным. В элиминации внеклеточных паразитов, к которым относится стафилококк, главная роль принадлежит нейтрофилам, иммуноглобулинам и комплексу, причём гибель микроба происходит в нейтрофилах, которые фагоцитируют стафилококк, а комплемент и иммуноглобулины (опсонины) усиливают данный процесс [3]. С учетом этого в настоящее время наряду с базисной терапией фурункулеза широко используют иммунотропные препараты, к которым относятся препараты костномозгового происхождения, такие, как миелопид, а также выделенные из микробов, в частности новый препарат липоид.

Задача настоящей работы состояла в сравнительной оценке клинико-иммунологической эффективности терапии больных острым и хроническим рецидивирующим фурункулезом новыми иммунотропными препаратами липоидом, миелопидом и антистафилококковым иммуноглобулином. Выбор препаратов определялся их разнонаправленным действием на иммунологические показатели. Липоид (глюкозаминилмуромидипептид — ГМДП) представляет собой синтетический вариант основного повторяющегося фрагмента стенки практически всех известных бактерий. Иммунотропный эффект препарата реализуется через действие на клетки моноцитарно-макрофагальной системы. Миелопид представляет собой смесь миелопептидов (МП), экстрагируемых из костного мозга, у 6 из которых установлена аминокислотная последовательность и изучены основные биологические эффекты. МП действуют на определенные субпопуляции Т-лимфоцитов (МП-1), стимулирует Т-хелперы, МП-2 влияют на экспрессию антигенов CD3 и CD4 на поверхности лимфоцитов [2]. Препарат оказывает быстрое иммунотропное действие за счет инъекционной формы. Антистафилококковый иммуноглобулин оказывает прямое этиотропное действие и вызывает антитоксический эффект.

Методика исследований. Обследовано 80 больных (56 мужчин и 24 женщины): 50 пациентов с острым фурункулезом и 30 пациентов с хроническим рецидивирующим фурункулезом. Возраст больных составил от 15 до 50 лет; давность заболевания — от 1 года до 5 лет. У 68 больных фурункулы возникали перманентно, у 12 — не реже 1 раза в 2 — 3 мес. Лечение проводили амбулаторно с использованием миелопида, липоида и антистафилококкового иммуноглобулина. Применяли две схемы лечения.

Схема № 1. Миелопид применяли по 6 мг ежедневно внутримышечно в течение 5 дней. Через 10 дней после окончания курса лечения миелопидом назначали антистафилококковый иммуноглобулин по 3 мл через день внутримышечно курсом 5 инъекций. После очередного 10-дневного перерыва повторяли первый курс миелопида.

Схема № 2. Липоид назначали по 2 мг 3 раза в день сублингвально за 1 ч до еды в течение 10 дней. После окончания курса лечения липоидом (без перерыва) назначали антистафилококковый иммуноглобулин по 3 мл через день внутримышечно курсом 5 инъекций. После 10-дневного перерыва назначали второй курс липоида по 1 мл 1 раз в день сублингвально в течение 10 дней.

Критериями в выборе схемы лечения являлись: 1) степень тяжести фурункулеза; 2) выраженность местной воспалительной реакции; 3) течение (острое или хроническое) и давность заболевания.

Иммунологический контроль осуществляли до и после лечения. Он включал в себя определение количества Т-лимфоцитов методом розеткообразования (РОК), уровня сывороточных иммуноглобулинов (в реакции Манчини), фагоцитарной активности нейтрофилов (в тесте с латексом).

аты и обсуждение. По схеме № 1 пролеченных с тяжелым течением фурункулеза, выраженной местной воспалительной реакцией, давностью заболевания от нескольких недель до 3 лет, частыми рецидивами. Лечение назначали в период обострения. У 50 (91%) больных за период лечения удалось избавиться от фурункулов, нормализовать самочувствие. У 5 (9%) больных после первого курса миелогида отмечались повышение температуры тела до фебрильных цифр, появление новых фурункулов. Этим пациентам дополнительно проводили антибактериальную терапию.

По схеме № 2 пролечено 25 больных с хроническим рецидивирующим фурункулезом, отсутствием выраженной воспалительной реакцией, редкими рецидивами, с давностью заболевания более 3 лет. Лечение назначали в период обострения. Положительный эффект отмечен у 24 (96%) больных. У 1 больной хроническим фурункулезом на фоне сахарного диабета, хотя полного выздоровления и не было достигнуто, в течении болезни наблюдалась положительная динамика (редкие рецидивы с легким и кратковременным течением).

Результаты лечения при использовании обеих схем считали положительными у тех больных, у которых рецидивы заболевания по окончании терапии отсутствовали в течение 6 мес. Рецидивы, возникавшие в течение первого месяца, не учитывали, так как у части больных мы наблюдали стойкое выздоровление лишь через некоторое время после лечения. Побочных эффектов при лечении иммуноотропными препаратами не отмечалось.

Анализ динамики иммунологических показателей у больных фурункулезом (см. таблицу), леченных по схеме № 1, выявил увеличение содержания РОК и повышение фагоцитарной активности нейтрофилов, у леченных по схеме № 2 — повышение фагоцитарной активности нейтрофилов, увеличение численности РОК и концентрации IgA.

Таким образом, в наших исследованиях установлено, что развитие клинического эффекта при использовании иммуноотропных препаратов сопровождается нормализацией лабораторных показателей.

Выводы

1. При хроническом фурункулезе назначение ликогида значительно повышает уровень IgA, фагоцитарную активность нейтрофилов и содержание РОК.

2. При остром фурункулезе оправдано применение миелогида в комбинации с антистафилококковым иммуноглобули-

Динамика иммунологических показателей в процессе лечения больных фурункулезом ($M \pm m$)

Иммунологический показатель	До лечения	Значение показателя на разных сроках лечения	
		1 мес	6 мес
Схема № 1			
РОК, %	46,64 ± 4,19	62,55 ± 2,98	60,94 ± 2,31
Фагоцитоз, %	39,88 ± 4,5	49,69 ± 4,85	46,13 ± 9,88
IgA, г/л	2,42 ± 0,31	2,16 ± 0,25	2,15 ± 0,21
IgM, г/л	1,46 ± 0,24	1,49 ± 0,20	1,34 ± 0,12
IgG, г/л	10,18 ± 0,47	10,44 ± 0,36	10,16 ± 0,43
Схема № 2			
РОК, %	50,62 ± 2,75	60,94 ± 2,31	54,40 ± 3,72
Фагоцитоз, %	33,44 ± 4,67	54,15 ± 6,38	42,11 ± 5,5
IgA, г/л	1,6 ± 0,34	2,88 ± 0,63*	2,73 ± 0,76
IgM, г/л	1,4 ± 0,26	1,4 ± 0,17	1,4 ± 0,16
IgG, г/л	10,94 ± 0,56	11,11 ± 0,53	10,01 ± 0,49

* $p < 0,05$.

ном, что повышает число РОК и фагоцитарную активность нейтрофилов.

3. Использование иммуностимуляторов разнонаправленного действия обосновано при различных формах фурункулеза: при хроническом процессе — ликогид, при остром — миелогид.

4. Наличие параллелизма клинического и иммунологического эффектов может быть использовано для профилактики рецидивов фурункулеза.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ашмарин Ю. Я., Крейниц В. М. Фурункулез. — М., 1974.
2. Хаитов Р. М., Пинегин Б. В. // Иммунология. — 1996. — № 6. — С. 4—9.
3. Mickailova A. A. // Int. J. Immunorehabilitat. — 1996. — Vol. 2. — P. 27—31.

Поступила 11.02.98