

І. Л. Платонова, М. І. Сахелашвілі, О. А. Ткач, Н. Р. Гречуха, М. В. Комар
ОСОБЛИВОСТІ ІМУНІТЕТУ У ХВОРИХ НА МУЛЬТИРЕЗИСТЕНТНИЙ ТУБЕРКУЛЬОЗ
ЛЕГЕНЬ З РІЗНОЮ ЕФЕКТИВНІСТЮ ХІМІОТЕРАПІЇ

*ДУ «Львівський науково-дослідний інститут епідеміології і гігієни МОЗ України»
Львівський національний медичний університет ім. Данила Галицького
КУ ЛОР «Львівський регіональний фтизіопульмонологічний клінічний лікувально-діагностичний центр»*

Для встановлення причин, які можуть впливати на зниження результативності антимікобактеріальної терапії (АМБТ), проведено аналіз початкових (до початку АМБТ) імунологічних показників (фагоцитарного, Т-клітинного, специфічного протитуберкульозного, гуморального імунітету) у 44 хворих на мультирезистентний туберкульоз легень (МРТБЛ), які отримали повний курс інтенсивної АМБТ. Групи формували відповідно до

результативності лікування. Перша група — 17 (38,6 %) осіб з ефективною хіміотерапією (ХТ), у яких на час виписки зі стаціонару констатували припинення бактеріовиділення та виражену позитивну рентгенологічну картину. Друга група — 17 (38,6 %) хворих з малоефективною ХТ, у яких наступало знебацилення при відсутніх, або незначних позитивних рентгенологічних змінах. Третя група — 10 (22,7 %) пацієнтів з неефективною ХТ зі

збереженням бактеріовиділенням і негативною рентгенологічною динамікою.

Встановлено, що ефективність ХТ у хворих на МРТБЛ тісно пов'язана з характером та глибиною порушень в системі імунітету. У пацієнтів з неефективною та малоефективною ХТ імунний фон до початку АМБТ, у порівнянні з ефективно лікованими, характеризувався різко вираженим II типом імунної відповіді з достовірно зниженим кисень-незалежним метаболізмом гранулоцитарних лейкоцитів катіонних лізосомальних білків (КЛБ) ($p < 0,001$), пригніченням проліферативної активності Т-лімфоцитів у відповідь на неспецифічний (РБТЛ з ФГА, $p < 0,05$) і специфічний (РБТЛ з ППД-Л, $p < 0,05$) мітоген, підвищенням на 20,0-25,0 % синтезом IgA ($p < 0,05$), IgM ($p < 0,05$), IgE ($p < 0,05$) та рівнем ЦІК ($p < 0,05$).

Інтенсивність порушень в системі імунного гомеостазу більш виражена у пацієнтів другої та третьої групи, у порівнянні з першою. У другій та третій групах в 1,8 та 2,0 рази частіше, ніж у першій, констатували пригнічення на 30,0-50,0 % і більше РБТЛ з ФГА. У порівнянні з першою, у другій і третій групах зростала в 1,5 та 1,3 рази частка хворих з ознаками туберкулінової анергії специфічних Т-лімфоцитів РБТЛ з ППД-Л, у 1,5 рази — частка осіб (по 70,0 %) зі зниженими показниками КЛБ гранулоцитів. Зниження на 30-50,0 % величин КЛБ в 2,3 рази частіше виявляли у неефективно лікованих хворих.

Незначне зниження, відносно величин норми, до 15,0 % показників РБТЛ з ФГА наявне у 70,6 %, на 35,0-50,0 % у 29,4 % осіб першої групи. Разом з тим пригнічення на 30,0-50,0 % і більше проліферативної активності

Т-лімфоцитів у другій та третій групах було у 52,9 % та у 60,0 % хворих, відповідно. Туберкулінову толерантність специфічних Т-лімфоцитів *in vitro* (РБТЛ з ППД-Л) у ефективно лікованих хворих виявляли у 27,5 %, відносно 41,2 % і 35,3 %, відповідно. Недостатність кисень-незалежного метаболізму гранулоцитів фіксували у 47,1 % осіб, зокрема: зниження КЛБ в межах 10,0-20,0 % у 29,4 % хворих, в межах 30,0-50,0 % у 17,6 % осіб, а у другій і третій групах у 40,5 % хворих.

Отже, стан імунітету у значній мірі обумовлює перебіг специфічного запалення і відповідно — результативність лікування. Імунологічні порушення у хворих на МРТБЛ, які сприяють прогресуванню специфічного процесу та знижують ефективність ХТ: різко виражений гуморальний тип імунної відповіді з пригніченням специфічних клітинних реакцій; наявність Т-клітинної імуносупресії зі зменшенням більше ніж на 30,0 % Т-лімфоцитарного пулу та їх проліферативної активності; фагоцитарна недостатність пов'язана зі зниженням на 30,0-50,0 % вмісту катіонних лізосомальних білків гранулоцитарних лейкоцитів; туберкулінова толерантність специфічних Т-лімфоцитів.

Проведення детального імунологічного моніторингу у хворих на МРТБ є важливим не тільки для прогнозування перебігу, оцінки активності специфічного процесу, ефективності АМБТ, але й для розуміння патогенезу МРТБ, опрацювання нових підходів до його лікування. Результати отриманих досліджень виділяють хворих на МРТБ, як пріоритетну групу для рекомендацій, щодо комплексного поєднання антимикобактеріальної терапії з імунотерапією.