

УДК 616.988.73-618.146
© Черкасова В.С., 2011

ГЕРПЕТИЧНА ІНФЕКЦІЯ: КЛІНІКО-ІМУНОЛОГІЧНІ ТА ПСИХОСОМАТИЧНІ ОСОБЛИВОСТІ

Черкасова В.С.

ДЗ «Луганський державний медичний університет»

Вступ. На сьогодні вірус простого герпесу (ВПГ) є об'єктом активних наукових досліджень. Це пов'язано з високою захворюваністю на герпетичну інфекцію (ГІ) на тлі майже 100% інфікованості населення, важкістю контролю за передачею інфекції, особливо при безсимптомних та атипових формах ГІ, схильністю до рецидивуючого перебігу захворювання, різноманітним клінічним формам та різними типами порушень імунної системи, що відіграють провідну роль в активації ВПГ, а також істотним впливом часто рецидивуючих форм ГІ на психоемоційний статус пацієнтів, що дозволило віднести це захворювання до психосоматичних, при котрих превалюють психосоматичні порушення як слідство реакції особи на хронічний рецидивуючий перебіг захворювання [1, 4, 5, 12].

З одного боку, численними дослідженнями встановлено, що в реактивації та розвитку клінічних проявів ВПГ важливу роль відіграють порушення імунної системи: цитотоксичні Т-лімфоцити, природні кілери, фактори гуморального імунітету, мононуклеарні фагоцити та цитокіни [2, 3, 9]. З іншого боку також доведено, що психологічний стрес може призводити до рецидивів ГІ і цей взаємозв'язок може частково бути опосередкований імунною системою, оскільки тривало існуючий стрес пов'язаний зі зниженням активності клітинно-кілерів в організмі та погіршенням клітинно-опосередкованих реакцій, що відображається на імунологічних процесах контролю вірусної реплікації або руйнуванні вірусних частинок [1, 10, 11].

Вищевикладене дає передумови для вивчення імунологічних та психосоматичних аспектів проблеми ГІ у взаємозв'язку, що дозволить обґрунтовано вводити до комплексу лікувальних заходів у пацієнтів з часто рецидивуючими формами ГІ психокорегуючі методи.

Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами. Робота виконана відповідно до основного плану науково-дослідних робіт (НДР) Луганського державного медичного університету і являє собою фрагмент теми НДР «Імунологічні механізми патогенезу хронічних та рецидивуючих інфекцій, імунорекція та імунореабілітація» (№ держреєстрації 0105U002307).

Мета роботи: вивчення взаємозв'язку клінічних варіантів перебігу ГІ та імунологічних змін з типом та тяжкістю психосоматичних порушень.

Матеріал та методи дослідження. В до-

слідження були включені 83 хворих на ГІ (46 жінок та 37 чоловіків) віком від 16 до 52 років (середній вік $43,2 \pm 3,8$ роки).

У всіх хворих з метою вивчення імунологічних порушень при ГІ проводили комплексне імунологічне дослідження крові у період ремісії (не менш ніж за 2 тижні після купірування чергового рецидиву). Визначали вміст Т-лімфоцитів, Т-хелперів/індукторів, Т-супресорів/кілерів у периферичній крові в цитотоксичному тесті з застосуванням моноклональних антитіл (МКАТ) класів CD3+, CD4+, CD8+ фірми НВЦ „МедБіоСпектр” (РФ – Москва) [8]. Також оцінювали вміст в периферичній крові окремих цитокінів: протизапального інтрелейкіна-4 (ІЛ-4) та ІЛ-6, котрий володіє як протизапальними так і прозапальними властивостями. Їхню концентрацію визначали за допомогою сертифікованих в Україні реагентів (ProCon ІЛ-4 та ProCon ІЛ-6) виробництва ТОВ „Протеиновый контур” (РФ – Санкт-Петербург).

Дослідження психосоматичного статусу пацієнтів проводили за допомогою анкетування за тестом тривожності Спілберга (STAI) та за шкалою тяжкості депресії Гамільтона (HDRS) [1, 6].

Отримані дані обробляли математично на персональному комп'ютері AMD Phenom II X4 955 Deneb із застосуванням стандартних пакетів прикладних програм.

Отримані результати та їхній аналіз. У хворих, які були включені до дослідження клінічна симптоматика та анамнестичні дані мали різну виразність. Превалювання генітальної локалізації ГІ відмічено у 47 (56,6%) пацієнтів, орофациальна та глотеальна форми ГІ – у 22 (26,5%) та 14 (16,9%) хворих відповідно. Тривалість захворювання до 5 років відмічена у більшості хворих – 55 (66,3%). Найбільш характерною була тривалість рецидивів від 10 до 14 днів – у 46 (55,4%) хворих та більше 14 днів – у 27 (32,5%) випадках.

Наростаючий тип перебігу ГІ, з появою більш важких клінічних симптомів зі збільшенням тривалості захворювання, спостерігався у 49 (59,0%) хворих; монотонний тип (тривалість рецидивів постійна, вони виникають приблизно через однакові проміжки часу) – у 20 (24,1%); аритмічний тип зі значним розкидом тривалості міжрецидивних періодів – у 11 (13,3%) пацієнтів та стихаючий тип (зниження виразності клінічних симптомів зі збільшенням тривалості захворювання) – лише у 3 (3,6%) хворих.

За частотою рецидивів ГП хворі розподілились наступним чином: з перебігом середньої тяжкості (3-4 рецидиви на рік) – 8 (9,7%) пацієнтів; з тяжким перебігом (6-8 рецидивів на рік) – 28 (33,7%) хворих; з украй тяжким перебігом (10-12 рецидивів на рік) – 23 (27,7%) пацієнтів та з перманентним перебігом (рецидиви частіше 12 раз за рік) – 24 (28,9%) хворих.

При оцінці клітинної ланки імунітету встановлено, що в більшості випадків (69 хворих; 83,1%) мало місце виражене зниження рівня CD4+-лімфоцитів (хелперів) при незначному коливанні числа CD8+-клітин (супресорів). У цих пацієнтів кількість хелперів знижувалося в середньому до $31,5 \pm 1,1\%$ при нормі $45,5 \pm 1,2\%$ ($P < 0,05$), а рівень Т-супресорів практично не відрізнявся від аналогічного показника норми ($21,6 \pm 0,9$ та $22,5 \pm 0,8\%$ відповідно; $P > 0,05$). Як правило, це були хворі з украй тяжким та перманентним перебігом ПП. У 9 осіб (10,8 %) зміни клітинних імунних показників характеризувалися розвитком вираженої Т-лімфопенії, дисбалансом основних субпопуляцій Т-клітин із значним зниженням відносної кількості Т-супресорів. У решти пацієнтів (5 осіб; 6,1%) на тлі помірно вираженої Т-лімфопенії (число CD3+-лімфоцитів при цьому дорівнювало в середньому $60,1 \pm 1,2\%$; $P < 0,05$) спостерігалось пропорційне зниження як рівня CD4+-лімфоцитів, так і CD8+-клітин (в 1,5 і 1,6 рази відповідно; $P < 0,05$ щодо норми).

Рівні вивчених цитокінів у периферичній крові характеризувались наступними змінами: у 25 (30,2%) пацієнтів превалювала концентрація ІЛ-6 при зниженні ІЛ-4 (клітинний тип імунodefіциту (ІД) за класифікацією [7]), у 27 (32,5%) – ІЛ-4 при зниженні ІЛ-6 (гуморальний ІД), а у 31 (37,3%) хворих відмічено зниження концентрації як ІЛ-4 так і ІЛ-6 (недиференційований тип ІД) – до $41,1 \pm 1,3$ пг/мл (норма $47,2 \pm 1,6$ пг/мл) та $52,3 \pm 1,4$ пг/мл (норма $58,7 \pm 1,2$ пг/мл) відповідно. Встановлено, що клітинний тип ІД був характерним для хворих з ГП середнього та важкого ступеню тяжкості, а в групі хворих з гуморальним та недиференційованим ІД превалювали пацієнти з украй тяжким та перманентним перебігом ГП.

При проведенні тесту Спілберга у 76 (91,6%) пацієнтів відмічались високі значення ситуативної тривоги (СТ) та особистої (ОТ) (СТ – $48,3 \pm 2,3$, ЛТ $56,5 \pm 2,6$; значення 46 ти вище інтерпретуються як «висока тривожність»). Необхідно відзначити, що в структурі тривожного синдрому відмічено превалювання особистого компоненту над ситуативною складовою, що свідкує про низьку стійкість хворих на ПП до стресів.

Аналіз даних обстеження за шкалою Гамільтона дозволив встановити, що 72 (86,7%) хворих мали депресивні розлади, з них 10 (13,9%) – легкі, 45 (62,5%) – середнього ступеню тяжкості, 15 (20,8%) – важкого ступеню та у 2 хворих (2,8%) спостерігалися депресивні розлади вкрай важкого ступеню.

Проведений корелятивний аналіз довів, що високий рівень депресії та тривоги характерний для хворих з гуморальним та недиференційованим типами ІД (рис. 1).

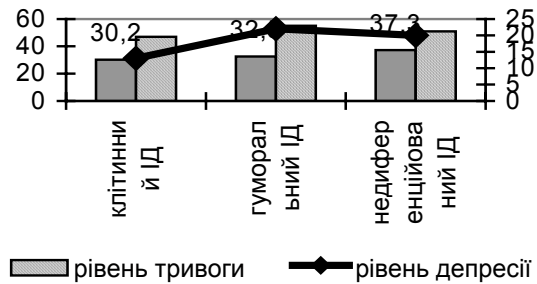


Рис. 1. Взаємоз'язок між імунологічними та психосоматичними порушеннями при ГП

Висновки:

1. У обстежених хворих на ГП встановлено наявність розладів з боку імунної системи у вигляді ІД з превалюванням гуморального та недиференційованого його типів – 69,8% пацієнтів.
2. Встановлено, що у пацієнтів з гуморальним та недиференційованим ІД превалював украй тяжкий та перманентний перебіг ГП.
3. При дослідженні психосоматичного статусу встановлено наявність високого рівня тривоги у 91,6% пацієнтів (вище за 46 за тестом Спілберга) та депресивні розлади у 86,7% хворих (вище за 8 за шкалою Гамільтона).
4. В структурі тривожного синдрому відмічено превалювання особистого компоненту над ситуативною складовою, що свідкує про низьку стійкість хворих на ПП до стресів.
5. Встановлений корелятивний взаємоз'язок між частотою рецидивів (ступенем тяжкості перебігу ГП), типом імуногенезу та тяжкістю психопатологічних синдромів.
6. ГП можна віднести до захворювань, при котрих виникають психосоматичні порушення як слідство реакції особистості на хронічний рецидивуючий перебіг інфекційного процесу, що потребує застосування психокоригуючої терапії.

ЛІТЕРАТУРА:

1. Александр Ф. Психосоматическая медицина / Ф. Александр. – М.: Геррус, 2006. – 350 с.
2. Иванов О.Л. Рациональный выбор терапии простого герпеса : учебное пособие / О.Л. Иванов,

- А.А. Халдин, М.А. Самгин. – М., 2002. – 20 с.
3. Изменения продукции иммунорегуляторных цитокинов мононуклеарами крови при хронической герпесвирусной инфекции / В.В. Новицкий,

- И.О. Наследникова, Н.В. Рязанцева** [и др.] // Клиническая лабораторная диагностика. – 2005. – № 5. – С. 43–45.
4. **Исаков В.А.** Герпесвирусные инфекции человека / **В.А. Исаков, Е.И. Архипова, Д.В. Исаков.** – М.: Спец. лит, 2006 г. – 304 с.
5. **Мавров И.И.** Герпес-вирусная инфекция: глобальная проблема здравоохранения / **И.И. Мавров** // Дерматология та венерология. – 2007. – № 1. – С. 3–8.
6. **Новик А.А.** Руководство по исследованию качества жизни в медицине / **А.А. Новик, Т.И. Ионова.** – СПб: «Питер», 2002 г. – 328 с.
7. **Самгин М.А.** Простой герпес (дерматологические аспекты) / **М.А. Самгин, А.А. Халдин.** – М.: МЕДпресс-информ, 2002. – 160 с.
8. **Фролов В.М.** Моноклональные антитела в

- изучении показателей клеточного иммунитета у больных / **В.М. Фролов, Н.А. Пересадин** // Лабораторное дело. – 1989. – № 6. – С. 71–72.
9. **Michele Picozzi** Controlling Herpes Naturally: A Holistic Approach to Prevention & Treatment / **Michele Picozzi.** – Southpaw Press., 1998. – 14 p.
10. **Spruance S.L.** Treatment of Herpes Simplex Labials / **S.L. Spruance, J.D. Kriesel** // The J. of the IHMF «Herpes». – 2002. – Vol. 9, № 3. – P. 64–69.
11. **Stephen L. Sacks** The Truth About Herpes / **L. Stephen.** – Gordon Soules Book Publishers., 1997. – 316 p.
12. WHO – Regional Office for Europe. Epidemiology of herpes simplex virus infections and surveillance of other STD_s in Europe // Report on a Workshop. – Copenhagen, 1996. – WHO Eur. – 47 p.

Черкасова В.С. Герпетична інфекція: клініко-імунологічні та психосоматичні особливості // Український медичний альманах. - 2011. – Т. 14, № 1. - С. 221-223.

Проведене комплексне клініко-імунологічне та психодіагностичне дослідження 83 пацієнтів з рецидивуючою герпетичною інфекцією (ГІ). Встановлений взаємозв'язок особливостей перебігу (частоти рецидивів) захворювання, імунологічної картини ГІ (гуморальний або недиференційований тип імунодефіциту) з психосоматичними порушеннями (тривогою та депресією).

Ключові слова: герпетична інфекція, психоемоційні порушення, імунодефіцит

Черкасова В.С. Герпетическая инфекция: клинико-иммунологические и психосоматические особенности // Украинский медицинский альманах. - 2011. – Т. 14, №1. - С. 221-223.

Проведено комплексное клинико-иммунологическое и психодиагностическое обследование 83 пациентов с рецидивирующей герпетической инфекцией (ГИ). Определена взаимосвязь особенностей течения (частоты рецидивов) заболевания, иммунологической картины ГИ (гуморальный или недифференцированный тип иммунодефицита) с психосоматическими расстройствами (тревогой и депрессией).

Ключевые слова: герпетическая инфекция, психоэмоциональные нарушения, иммунодефицит.

Chercasova V. Herpes infection: clinical, immunological and psychosomatic features // Украинский медицинский альманах. - 2011. – Т. 14, №1. - С. 221-223.

A comprehensive clinical, immunological and psychodiagnostic examination 83 patients with recurrent herpes infection (HI). Determine the relationship of features of current (relapse) disease, immunological picture of HI (the humoral or undifferentiated type of immunodeficiency) with psychosomatic disorders (anxiety and depression).

Key words: herpes infection, psychosomatic disorders, immunodeficiency.

Надійшла 23.10.2010 р.

Рецензент: проф. І.В.Лоскутова