ОСОБЕННОСТИ ДИНАМИКИ ИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ, СОПРОВОЖДАЮЩИХСЯ ЭКЗАНТЕМАМИ, В Г.САРАТОВЕ В 2012-2013 ГГ.

Капитанюк А.В.

ГБОУ ВПО «Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского» Минздрава РФ, Саратов, e-mail: glory393@yandex.ru

Болезни с поражением кожи занимают особое место в структуре заболеваемости, поскольку встречаются как при инфекционной, так и при неинфекционнойпатологии.

Целью работы являлось изучение структуры инфекционных заболеваний, сопровождающихся экзантемами, в г. Саратове за 2012-2013 гг.

В 2012 г. в приемное отделение ГКБ № 10 поступило 1188 больных, из которыху 65 пациентов (5,5 %) инфекционное заболевание сопровождалось развитием экзантемы. Из них первое место занимала ветряная оспа (38 %), на втором месте – герпетическая инфекция (25 %) и на третьем – инфекционный мононуклеоз (22 %). В 2013 году из 1027 пациентов, поступивших в 10 ГКБ, число больных с экзантемами равнялось 90 (8,8 %). Таким образом, в сравнении с 2012 г.возросло как абсолютное, так и относительное число больных с инфекционными экзантемами. При этом, в 2013 г.больше всего было госпитализировано больных корью – 22 человека (25 %), а ветряная оспа, герпетическая инфекция и инфекционный мононуклеоз диагностировались значительно реже.

Анализ динамики заболеваемости по отдельным нозологиям в 2012 – 2013 гг. выявил тенденцию к росту для таких инфекций как корь, герпетическая инфекция и лихорадка Западного Нила (ЛЗН). Снижение заболеваемости отмечено по скарлатине, ветряной оспе и роже.Уровень заболеваемости токсико-аллергическим дерматитом и инфекционным мононуклеозом был стабильным. Среди больных с экзантемами преобладали люди в возрасте 15-25 лет. Исключение составили герпетическая инфекция и ЛЗН, для которых было характерно поражение более старших возрастных групп.

Проведенное исследование подчеркивает актуальность проблемы инфекционных заболеваний, сопровождающихся экзантемами. Нельзя не отметить, что высокая распространенность данной патологии среди населения требует повышенного внимания от врачей любой специальности.

ОЦЕНКА ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ ЗНАЧИМОСТИ ИММУНОЛОГИЧЕСКИХ ТЕСТОВ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ СУБКОМПЕНСИРОВАННОМ БРУЦЕЛЛЕЗЕ

Кожахметова Д.К., Маукаева С.Б., Нуралинова Г.И., Тусупова К.Н., Куанышева А.Г., Кудайбергенова Н.К.

Государственный медицинский университет, Семей, e-mail: dana_ken@mail.ru

Актуальность. На современном этапе развития инфектологии патогенез многих инфекционных болезней и механизмы лечебного действия тех или иных препаратов изучены достаточно полно, что позволяет более дифференцированно подходить к вопросам выбора тактики ведения больных. Так, значительные нарушения в системе иммунитета больных хроническим бруцеллезом обусловливают необходимость иммунокоррекции в комплексе лечебных мероприятий, а выбор направления вмешательства определяется характером и степенью изменения иммунологических показателей [1]. При этом целесообразным является исследование показателей, имеющих высокую диагностическую ценность. Одним из наиболее используемых в клинической медицине подходов для оценки надежности показателя является расчет коэффициента его диагностической значимости [2].

Цель исследования: оценить диагностическую значимость тестов, используемых для выявления иммунных нарушений у больных хроническим субкомпенсированным бруцеллезом.

Материалы и методы исследования. Работа выполнена на базе взрослого отделения Городской инфекционной больницы г. Семей. Обследовано 60 больных хроническим бруцеллезом в фазе субкомпенсации. Диагноз хронического бруцеллеза выставлялся согласно классификации Е.С. Белозерова (1984) на основании анамнеза, клинико-эпидемиологических и лабораторных данных. Контролем послужили показатели иммунитета 30 здоровых доноров.

Для оценки диагностической значимости иммунологических показателей был проведен расчет коэффициента диагностической значимости (КДЗ) по формуле А.М. Земскова [3].

$$КДЗ = (\delta_1^2 + \delta_2^2) / (M_2 - M_1),$$

где δ_1 – среднеквадратичное отклонение параметров здоровых лиц; δ_2 – то же больных лиц, M_1 и M_2 – соответственно средние значения показателей.

Полученные данные были ранжированы в зависимости от модуля величины коэффициента диагностической значимости. Параметры, имеющие значение коэффициента диагностической значимости до 1,0 считались высокоинформативными; показатели с коэффициентом 1,1–10,0 считались среднеинформативными; показатели с коэффициентом более 10,0 считались низкоинформативными.

Результаты и обсуждение. Выявлено, что при хроническом субкомпенсированном бруцеллезе наиболее информативными являются соотношение g-ИФН / IL10, сывороточный уровень ФНО-а, иммунорегуляторный индекс $CD4^+$ / $CD8^+$, уровень IgM, IgA и показатель завершенности фагоцитоза, имеющие коэффициент диагностической значимости до 1,0.

Средней информативностью отличаются фагоцитарное число, уровень IgG, сывороточный уровень g-ИФН, РТМЛ с ФГА и со специфическим антигеном, процент содержания $CD8^+$, $CD16^+$ лимфоцитов, лейкоцитарно / Т-лимфоцитарный индекс (L / $CD3^+$), содержание цитокинов IL4, IL10. Для всех перечисленных критериев коэффициент диагностической значимости составил от 1,1 до 10,0.

Низкоинформативными тестами с коэффициентом более 10, при субкомпенсированном бруцеллезе оказались показатели содержания ЦИК, процентный показатель $CD4^+$, $CD3^+$ и $CD20^+$ лимфоцитов, фагоцитоза, показатель активности клеток в НСТ-тесте, определение сывороточного уровня цитокина IL8.

Выводы

Таким образом, проведенные исследования показали, что при хроническом бруцеллезе в фазе субкомпенсации процесса наибольшей диагностической ценностью обладает показатель соотношения γ-ИФН / IL10, сывороточный уровень цитокина ФНО-α, иммунорегуляторный индекс $CD4^+$ / $CD8^+$, завершенность фагоцитоза, уровень иммуноглобулинов М и А. Определение перечисленных показателей может быть рекомендовано для оценки степени иммунных нарушений у больных хроническим субкомпенсированным бруцеллезом, а также для контроля эффективности терапии.

Таблица 1

Коэффициенты диагностической значимости иммунологических показателей больных хроническим субкомпенсированным бруцеллезом

Оцениваемый показатель иммунитета	Значение коэффициента диагностической значимости		
	0-1,0 высокая информативность	1,1-10,0 средняя информативность	>10,0 низкая информативность
g-ИФН / IL10	0,13		
ФНО-а (сывороточный)	0,33		
$CD4^+/CD8^+$	0,40		
IgM	0,64		
Завершенность фагоцитоза	0,65		
IgA	0,93		
Фагоцитарное число		1,57	
IL4 (сывороточный)		2,06	
IgG		2,79	
g-ИФН (сывороточный)		2,90	
РТМЛ со специфическим антигеном		3,00	
$L/CD3^+$		3,34	
CD8+, %		5,04	
РТМЛ с ФГА		7,98	
CD16+, %		8,58	
IL10		9,12	
ЦИК			11,04
IL8			11,46
CD4+, %			11,56
НСТ-тест			13,64
CD3+, %			15,87
Фагоцитоз, %			16,18
CD20+, %			21,26

Список литературы

1. Курманова Г.М., Дуйсенова А.К., Курманова К.Б., Спиричева Н.Х. Оценка иммунологического статуса и дифференцированная иммунокоррекция при бруцеллезе: Методические рекомендации. – Алматы, 2002. – 30 с.
2. Нурпейсова А.Х. – Клинико-лабораторные критерии диагностики и эффективности терапии хронического бруцеллеза: автореф. дис. ... канд. мед. наук. – СПб., 2009. – 15 с.
3. Земсков А.М., Земсков В.М., Золоедов В.И. Доступные методы оценки и коррекции иммунных нарушений у больных // Клиническая лабораторная диагностика. 1997. № 3. С. 3-4.

СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ: ЛЕЧЕНИЕ КОНГО – КРЫМСКОЙ ГЕМОРРАГИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКИ У РЕБЕНКА В ЮЖНОМ КАЗАХСТАНЕ

Лизинфельд И.А., Абуова Г.А., Нурмашева А.А.

Южно-Казахстанская государственная фармацевтическая академия, Шымкент, e-mail: egoistka1806@mail.ru

Конго-Крымская геморрагическая лихорадка встречается в мире весьма широко – в 16 странах Европы, Азии и Африки [1]. В связи с ежегодной регистрацией ККГЛ в природных очагах и потенциальной опасностью возникновения эпидемических вспышек для практических врачей лечение тяжелой формы ККГЛ с геморрагическим синдромом у детей остается актуальным, так как летальность при тяжелых формах ККГЛ является высокой. Адекватная тактика ведения больных с тяжелым геморрагическим синдромом при ККГЛ у детей позволяет снизить летальность.

К основным направлениям лечения относится этиотропная и патогенетическая терапия с коррекцией гомеостаза. При подозрении на ККГЛ необходимо немедленно начать терапию рибавирином. Лечение рибавирином более эффективно в первые 5 дней, что соответствует максимальной вирусной нагрузке. Детская дозировка рассчитывается по весу ребенка: начальная доза составляет 30 миллиграмм на килограмм (далее – мг/кг), затем 15 мг/кг каждые 6 часов в течение 4 дней, затем 7 мг/кг каждые 6 часов 6 дней. Если имеются противопоказания к рибавирину, то препаратом выбора следует считать виферон в виде ректальных суппозиториев [2]. Виферон назначают 2 раза в сутки с интервалом 12 часов по 500 тыс. МЕ в течении 10 дней. Своевременное назначение рибавирина в первые 5 дней болезни определяет благоприятный вариант течения и исход заболевания. Одновременно с противовирусной терапией проводится специфическая иммунотерапия: свежеприготовленная одногруппная нативная плазма от реконвалесцентов, перенесших ККГЛ не ранее 5-ти лет, 1-2 дозы в/в капельно через 12 часов, по возможности в ранние сроки. При введении иммунной плазмы реконвалесцентов от донора в организм больного ребенка поступают кроме антител к вирусу ККГЛ, также факторы свертывания крови. Объем и направленность терапии определяется динамикой показателей крови и гемостаза при суточном мониторировании. С появлением признаков геморрагического синдрома – носового кровотечения, кровоточивости десен, желудочно – кишечного, маточного кровотечения первоочередной целью является проведение гемостатической терапии, восполнение дефицита объема циркулирующей крови и тромбоцитов [2].

Инфузия свежезамороженной плазмы (СЗП) составляет 12-20 мл/кг вне зависимости от возраста струйно; повторные переливания показаны при отсутствии эффекта в тех же объемах через 4-8 часов. Контроль эффективности переливания СЗП осуществляется по показателям коагулограммы и прекраще-