

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	
PTML со специфическим антигеном		3,00	
L/CD3 ⁺		3,34	
CD8 ⁺ , %		5,04	
PTML 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 относятся 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 течение 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 мониторинговании. 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 свежемороженой 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-

нию кровотечения. Восполнение ОЦК проводится по стандартам инфузионно – трансфузионных программ компонентами крови человека в зависимости от объема кровопотери, объемно-заменяющими плазмозаменителями (коллоидами) с предпочтительным введением пентакрахмалов (Рефортан, Венофундин) в дозе 15-20 мл/кг в сутки и кристаллоидами. Дефицит тромбоцитов восполняют переливанием концентрата тромбоцитов (КТ). Показанием для переливания КТ при ККГЛ является тромбоцитопения ниже 100·10⁹/л. Клиническими критериями эффективности переливания КТ являются прекращение спонтанной кровоточивости и отсутствие свежих геморрагий на коже и видимых слизистых, а так же прирост количества циркулирующих тромбоцитов и уменьшение времени кровотечения. Коррекция VIII фактора свертывания крови и фибриногена осуществляется введением криопреципитата (КП). Показанием при ККГЛ для переливания КП является III стадия ДВС-синдрома с развитием гипофибриногемии ниже 1,1 г/л. Расчет потребности осуществляется таким образом: одна единичная доза криопреципитата на 5-10 кг массы тела реципиента. Длительность терапии переливаниями криопреципитата зависит от тяжести и локализации кровотечения и оказываемого клинического эффекта. Криопреципитат должен быть совместим по системе АВО. При кровотечении в объеме 50% и выше, лабораторном подтверждении

III стадии ДВС – синдрома показана антипротеазная терапия (контрикал, гордокс), суточная доза контрикала составляет 14000 ЕД на 1 кг массы тела ребенка. Так же в лечении необходимо введение дицинона (этамзилат), суточная доза составляет 10-15 мг/кг массы тела, разделенная на 3-4 введения. Антибактериальная терапия показана при развитии бактериальных осложнений. Лечебная программа должна проводиться с учетом периода заболевания, тяжести течения, осложнений и сопутствующей патологии у ребенка [2].

Приводим клинический пример лечения Конго-Крымской геморрагической лихорадки у ребенка К. в городской инфекционной больнице (ГИБ) г. Шымкента. Больная К., 11 лет находилась на стационарном лечении с 13.05.2013 по 4.06.2013 г. Поступила 13.05.2013 г. в 11 00 часов с жалобами на повышение температуры до 38,1°С, насморк, слабость, головную боль.

Из анамнеза: 10.05.13 г. девочка была укушена клещом во дворе дома , обратились в ГИБ, где клещ был удален медицинскими работниками. 13.05.13г. у ребенка отмечалась лихорадка до 39,5°С, головная боль, насморк, слабость и родители обратились в ГИБ, где был взят общий анализ крови. Тромбоциты в пределах 272х10⁹/л. Девочка госпитализирована с диагнозом: ОРВИ, тяжелая форма, укус клеща. Было начато лечение ОРВИ.

Таблица 1

Динамика лабораторных показателей крови больной К., 11 лет

	13.05.13	14.05.13	15.05.13	16.05.13	17.05.13	18.05.13
Tг	272х10 ⁹ /л	315х10 ⁹ /л	79х10 ⁹ /л	62х10 ⁹ /л	40х10 ⁹ /л	117х10 ⁹ /л
L	6,1х10 ⁹ /л	5,6х10 ⁹ /л	5,2х10 ⁹ /л	3,8х10 ⁹ /л	2,4х10 ⁹ /л	2,7х10 ⁹ /л

На 4-й день развилось маточное, желудочно-кишечное кровотечение, геморрагическая сыпь, явления гемоперитонеума. Был уточнен диагноз: ККГЛ, вероятный случай с геморрагическим синдромом, кровотечение из десен, желудочно-кишечное кровотечение, маточное кровотечение. В лечении: массивная гемостатическая терапия, питание парэнтерально-аминоплазмаль 500 мл, дексамед по 8 мг через 8 часов , цеф-3 по 1гр.× 2 раза, рибавирин по схеме, альдарон, пирасетам, актовегин 600 мг, викасол 2 мл, контрикал 40 тыс. ед. через 12 часов, квамател 40 мг, гептрал 800 мг, эритроцитарная масса 2 дозы, иммунизированная плазма 2 дозы, тромбоконцентрат 2 дозы, проводилась симптоматическая терапия.

На 6-й день болезни у ребенка наступила потеря сознания, на фоне продолжающихся кровотечений развилось ОНМК по геморрагическому типу. В анализах крови сохранялись анемия, лейкопения, тром-

боцитопения 40х10⁹/л, ускорение СОЭ. Было решено к лечению добавить крипреципитат, НовоСэвен в дозе 1 мг № 2 внутривенно и усилить противовирусную терапию препаратами анаферон и виферон.

На 8-й день болезни на фоне проводимого лечения у ребенка отмечалась стабилизация общего состояния. В анализах крови появилась положительная динамика в виде повышения количества тромбоцитов до 133 х10⁹/л, гемоглобина до 74 г/л, эритроцитов до 2,9 х10¹². Дополнительно в лечении введено 4 дозы иммунизированной плазмы, 6 доз тромбоконцентрата, 1 доза криопреципитата и эритроцитарная масса.

На 10-й день болезни был получен положительный результат анализа ИФА на вирус ККГЛ.

Вследствие своевременного проведения адекватного лечения, девочка на 22 – й день госпитализации выписана домой с улучшением.

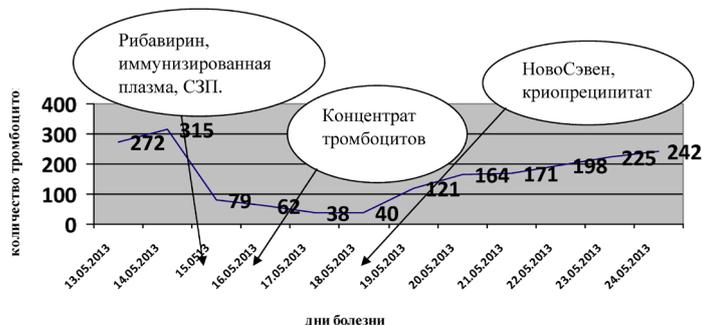


Рис. 1. Показатель уровня тромбоцитов Больной К. на фоне лечения

Выводы

1. В природных очагах вероятность заболевания детей ККГЛ высокая, особенно среди лиц, привлекаемых к труду в животноводстве, домашнем хозяйстве.

2. Клинические проявления ККГЛ у детей сходны с таковыми у взрослых. Прогноз заболевания зависит как от степени тяжести, так и от своевременности и адекватности лечения.

3. В целях ранней диагностики ККГЛ в эпидсезон считаем целесообразным расценивать наличие лихорадки и тромбоцитопении у детей, проживающих на неблагополучных территориях (юг Казахстана), как подозрительный случай на ККГЛ.

4. При тяжелых геморрагических случаях ККГЛ применение гемостатического препарата-НовоСэвен в комплексном лечении оказывает положительный эффект.

Список литературы

1. Бутенко, А.М. Крымская геморрагическая лихорадка / А.М. Бутенко, Е.В. Лещинская, Д.К. Львов // Вестник Российской академии естественных наук. М., 2002. № 2. С. 1-10.

2. О лечении Конго-Крымской геморрагической лихорадки на современном этапе / Абуова Г.Н., Пшеничная Н.Ю., Нурмашева А.А., Лизинфельд И.А., Алимбаева Ж.С. // Материалы международной научно-практической конференции «Рациональная фармакотерапия инфекционных и неинфекционных болезней». Вестник ЮКГФА. 2013. № 2. С. 10-11.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ЭКСТРАКТА ПЛОДОВ КАРЛИКОВОЙ ПАЛЬМЫ САБАЛЬ В КАЧЕСТВЕ АЛЬТЕРНАТИВНОГО МЕТОДА ЛЕЧЕНИЯ ПРИСТУПОВ МИГРЕНИ У ЖЕНЩИН

Литвинова Л.В.

ФГАОУ ВПО «Северо-Кавказский федеральный университет», Ставрополь, e-mail: larisa-litva@yandex.ru

В настоящее время мигрень остается одним из тех заболеваний, симптомы которого можно только предупредить. Наиболее частыми и характерными симптомами мигрени являются эпизодические или регулярные сильные и мучительные приступы головной боли в одной (редко в обеих) половине головы. Головная боль при мигрени не связана с повышением или резким снижением артериального давления, приступом глаукомы или повышением внутричерепного давления. При этом у пациентов отсутствуют серьезные травмы головы, инсульт, опухоли мозга, а интенсивность и пульсирующий характер болей больше связывают с сосудистой головной болью, а не с головной болью от напряжения.

Мигрень является достаточно распространенным хроническим заболеванием. Официальная статистика отмечает 10% диагностированных больных в популяции, и ещё 5% недиагностированных или неверно диагностированных. Было отмечено, что мигрень чаще всего встречается у женщин, чем у мужчин, так как передается, в основном, по женской линии. В зависимости от тяжести заболевания приступы мигрени могут быть редкими, но, чаще всего, приступы повторяются с периодичностью от 2 до 8 раз в месяц.

Учеными было установлено несколько причин, способствующих возникновению приступов мигрени. Среди них: стресс, нервное и физическое перенапряжение, пищевые факторы (сыр, шоколад, орехи, рыба), алкогольные напитки (пиво, красное вино, шампанское), прием гормональных контрацептивов, сон (недостаток или избыток), погодные факторы (смена погоды, смена климатических условий). Однако окончательно объяснить патофизиологию мигрени пока не удалось.

В нашем исследовании было выдвинуто предположение о гормональной природе возникновения приступов мигрени. В экспериментальную группу вошли 5 женщин-добровольцев от 34 до 61 года. Согласно опросу все они стали страдать приступами

мигрени с периода половой зрелости. Повышенная частота приступов наблюдалась в периоды стресса.

В соответствии с гипотезой было выдвинуто предположение о том, что нормализация гормонального фона у женщин будет способствовать снижению частоты приступов или их полному прекращению. В качестве препарата, стабилизирующего гормональный фон был выбран экстракт плодов карликовой пальмы сабаль (ЭПКПС). С древних времен плоды (черные ягоды) сабаля применялись народной медициной американских индейцев при лечении болезней, связанных с эндокринной системой. В наше время ЭПКПС используют при аномалиях роста волос и поликистозе яичников у женщин. Вместе с тем, биологически активные компоненты экстракта (фитостеролы) не вызывают изменений гормонального баланса в крови, а также не влияют на гипоталамо-гипофизарную систему. Следует особо отметить, что данный экстракт не обладает побочными действиями и имеет высокие питательные, тонизирующие, адаптогенные и общеукрепляющие свойства, что повышает его безопасность в тестировании на экспериментальной группе. В данном исследовании уделялось особое внимание главному свойству ЭПКПС – нормализация функции эндокринных желез и понижение мужских гормонов у женщин.

Женщинам-добровольцам, страдающим мигренью, были предложены капсулы с фитопрепаратом ЭПКПС. Испытуемые не знали о том, какой препарат они принимают и что находится в капсулах. Прием был однократно в сутки во время еды. Доза препарата составляла 0,2 г экстракта карликовой пальмы сабаль. Все женщины вели ежедневник приступов мигрени, в котором записывали время и продолжительность приступов.

Результаты приема ЭПКПС показали, что в течение первого месяца у троих из пяти женщин частота приступов уменьшилась в два раза, а продолжительность сократилась до нескольких часов. У двоих женщин-добровольцев приступы прекратились. Женщинам предложили продолжать принимать капсулы в том же режиме. В течение второго месяца приступы сохранились только у одной испытуемой, но частота уменьшилась до 2 раз в месяц, а продолжительность составляла около 3-х часов. В течение третьего месяца приема капсул с ЭПКПС приступы мигрени прекратились у всех испытуемых.

По статистике, приступы мигрени у женщин вызывают периодическую или непредсказуемую потерю работоспособности, что иногда приводит к необходимости установления пациенту инвалидности, вследствие неспособности больного работать достаточное количество часов в неделю или вообще работать. Исходя из вышесказанного, следует, что приём экстракта плодов карликовой пальмы сабаль (ЭПКПС) в дозе 0,2 г в сутки во время еды снижает количество приступов мигрени и их продолжительность, а также предотвращает приступы мигрени после приема препарата в течение 3-х месяцев. Полученные данные требуют дальнейшего исследования и являются основой альтернативной терапией мигрени.

ВОЗРАСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ СТРУКТУРООБРАЗОВАНИЯ СЛЮННОЙ ЖИДКОСТИ У ДЕТЕЙ ПРИ КЛИНОВИДНОЙ ДЕГИДРАТАЦИИ

Львов Н.И., Бриль Г.Е., Раскина Е.Е.

Саратовский государственный медицинский университет им. В.И. Разумовского Саратов, e-mail: darh13066@mail.ru

Метод клиновидной дегидратации биологических жидкостей был разработан В.Н. Шабалиным и С.Н. Шатохиной (2001) и является новой диагно-