

к апоптозу и позволяет косвенно судить о развитии иммунодефицитного состояния, возможной хронизации и персистенции инфекции, а также отражать наличие острого воспаления [5]. Высокоинформативным оказывается индекс CD4+ \ CD8+ (соотношение Т-хелперов и цитотоксических Т-лимфоцитов). На разных этапах нормально протекающего воспаления количество этих клеток в крови мало меняется и индекс остается > 1,0. Однако при тяжёлом течении воспаления этот индекс падает < 1,0, возможно за счёт миграции в воспалительные очаги Т-лимфоцитов, особенно при развитии воспалительных септических процессов на фоне инвазивной инфекции. Таким образом, применение в обследовании у ожоговых больных мало использованных ранее фенотипических маркеров Т-лимфоцитов и других клеток, ряда иммунных фенотипических индексов, отражающих соотношение различных субпопуляций Т-лимфоцитов с экспрессией соответствующих маркеров, способствует получению крайне важной и принципиально новой информации о состоянии иммунной системы, воспалении, бактериальных осложнениях пациентов. Данный алгоритм обследования широко используется нами для более точной диагностики и прогноза инфекционных осложнений не только

у всех больных с ожогами, но и у других наиболее тяжёлых пациентов Института хирургии им. А. В. Вишневского, т.к. являются важным подспорьем для оценки иммунного статуса и назначения иммуноотропной и других видов терапии.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Алексеев А.А., Крутиков М.Г., Яковлев В.П., Ожоговая инфекция, «Вузовская книга», М, 2010.
2. Zemskov VM, Alekseev AA, Gnatenko DA, Kozlova MN, Shishkina NS, Zemskov AM, Zhegalova IV, Bleykhman DA, Bahov NI, Suchkov SV. Composite Biomarker Panel as a Highly Informative and Reliable Tool for Predicting Septic Complications. // *Jacobs Journal of Biomarkers* – 2016. – Vol. 2(1): 016, p.1-10
3. Mollison KW, Carter GW, Krause RA. Chemotaxis of human polymorphonuclear leukocytes under agarose: lack of requirement for media protein and differential effects of buffer and agarose type on locomotion. // *Proc. Soc. Exp. Biol. Med.* - 1981 Jul;167(3):419-427.
4. Bae M.H., Park S.H., Park C.J., Cho E.J., Lee B.R., Kim Y.J., Park S.H., Cho Y.U., Jang S., Song D.K., Hong S.B. Flow cytometric measurement of respiratory burst activity and surface expression of neutrophils for septic patient prognosis. // *Cytometry B. Clin. Cytom.* - 2016 Jul; 90(4):368 -375.
5. Титов Л. П., Тарасюк В. В., Черношей Д. А., Жмурская Л. С. Метод оценки Т системы иммунитета у больных гепатитом С и микст-гепатитом В+С с использованием индексов активации и апоптоза. Инструкция по применению, НИИ эпидемиологии и микробиологии, МЗ Беларуси, Минск, 2007.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ПЕРВИЧНЫМИ ИММУНОДЕФИЦИТАМИ САМАРСКОЙ ОБЛАСТИ

Козлова О.С.¹, Жестков А.В.¹, Букина Т.В.², Шишковская Т.И.¹

¹ ФГБОУ ВО «Самарский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Самара.

² Самарская областная клиническая больница имени В.Д. Середавина, г. Самара

CHARACTERISTICS OF THE DISEASE IN PATIENTS WITH PRIMARY IMMUNODEFICIENCY SAMARA REGION

Kozlova O.S.¹, Zhestkov A.V.¹, Bukina T.V.², Shishkovskaya T.I.¹

¹ Samara State Medical University Russian Ministry of Health, Samara

² Samara Regional Clinical Hospital named after VD Seredavina, Samara

Первичные иммунодефицитные состояния (ПИДС) – врождённые нарушения системы иммунитета, связанные с генетическими дефектами одного или нескольких компонентов

системы иммунитета, а именно – клеточного, гуморального иммунитета, фагоцитоза, системы комплемента [1]. Суммарная частота их встречаемости – около 1:10000 человек. На сегодня

расшифровано около 200 разнообразных генетических дефектов, приводящих к стойким иммунным дисфункциям. Такие дефекты обнаружены в 21 из 23 соматических и половых хромосом, при этом картированы дефектные гены и установлены связанные с ними аномальные продукты и поражённые клетки различных форм ПИДС [3,4]. Е.А. Латышевой [2] приводятся данные о 708 пациентов с ПИДС, проживающих на территории России в 2010 году. Заболевание чаще манифестирует в детском возрасте, и качество жизни таких больных, как правило, низкое, в то время как своевременная диагностика и терапия позволяют значительно улучшить их состояние. В связи с этим актуальным является изучение особенностей течения заболевания у пациентов с ПИДС в Самарской области.

Цель исследования. Выявить особенности анамнеза и клинической картины заболевания у пациентов с диагнозом «первичное иммунодефицитное состояние» в Самарской области.

Материалы и методы. Изучались истории болезни 12 пациентов с диагнозом «первичное иммунодефицитное состояние» в возрасте от 7 до 47 лет. Распределение по полу было следующим: 7 мужчин и 5 женщин. По данным историй болезни нами были проанализированы и систематизированы частота встречаемости разных групп ПИДС, начальные клинические проявления заболевания, первичный диагноз, с которым длительное время наблюдался пациент. Также оценивались частота встречаемости различных синдромов иммунопатологии, характерных для ПИДС, возраст установления диагноза; время, прошедшее с момента появления начальных проявлений заболевания до постановки диагноза, а также наличие патологии в антенатальном анамнезе и частота проведения генетического обследования для подтверждения диагноза.

Результаты. Исходя из выявленных нарушений в том или ином звене системы иммунитета, нами были получены следующие данные: у 8 пациентов (66,7%) заболевание было из группы дефицитов гуморального звена иммунитета, у 4 (33,3%) – из группы комбинированных иммунодефицитов.

В 67% случаев начальными клиническими проявлениями ПИДС были инфекционные заболевания бронхолегочной системы, например, крайне частые ОРВИ (практически каждый месяц), пневмонии и хронический бронхит. Реже встречались инфекционные заболевания других органов и систем (конъюнктивит, менингит, гастроэнтерит). В 17% случаев в дебюте заболевания наблюдались аллергические заболевания, такие

как аллергический альвеолит, атопический дерматит. Особенностью ПИДС является тот факт, что даже в дебюте заболевания выявлялись поражения одновременно нескольких органов или систем у одного и того же пациента.

Исследуя клинические проявления заболевания у пациентов с ПИДС, было выявлено, что инфекционный синдром, наблюдался у всех больных. В подавляющем большинстве случаев (92%) проявлениями инфекционного синдрома были заболевания органов дыхания. В 58,3% случаев у пациентов был выявлен хронический бронхит, в 50% случаев – рецидивирующая пневмония, в 25% случаев – бронхоэктатическая болезнь, пневмофиброз.

У 68% пациентов встречались заболевания ЛОР-органов, такие как, хронический гайморит, хронический риносинусит, мезоэпителиотимпанит, хронический отит, хронический тонзиллит.

В 33% случаев встречались заболевания органов пищеварительного тракта (хронический гастроэнтерит, дисбиоз кишечника). При этом инфекционный синдром у одного и того же пациента чаще всего проявлялся поражением сразу нескольких органов или систем. Инфекционные заболевания при ПИДС характеризуются хроническим, рецидивирующим течением, а также имеет место неполный эффект от лечения.

У 6 пациентов с ПИДС был выявлен аллергический синдром, который проявлялся пищевой аллергией, атопическим дерматитом, бронхиальной астмой, аллергическим альвеолитом и аллергической крапивницей.

В 25% случаев у пациентов наблюдались проявления аутоиммунного синдрома. По данным историй болезни, встречались такие заболевания как ревматоидный артрит, аутоиммунная гемолитическая анемия и тромбоцитопения.

Исследуя встречающиеся у пациентов заболевания, мы не выявили ни одного случая развития лимфопролиферативного синдрома.

В историях болезни данные о первичном диагнозе, с которым наблюдались пациенты изначально, есть только у 75% пациентов, в остальных случаях такие сведения указаны не были. Лишь в 1 случае (8%) в раннем детском возрасте врач-педиатр клинически заподозрил дефект в иммунной системе пациента. После проведенного иммунологического обследования был сразу выставлен диагноз «первичный иммунодефицит» и назначено соответствующее лечение. В 3 случаях (25%) имеющуюся иммунопатологию у часто болеющего ребёнка долгое время трактовали как вторичный иммунодефицит. В 5 случаях (75%) пациентов наблюдали с аллергическим заболева-

нием, которое было первым проявлением ПИДС.

У всех пациентов заболевание манифестировало в раннем детском возрасте. Более чем в половине случаев (58,3%) дебют ПИДС состоялся на первом году жизни ребёнка. При этом средний возраст постановки диагноза «первичное иммунодефицитное состояние» составил 15,6 лет. В 16,7% случаев диагноз был выставлен в возрасте до 5 лет, в 25% случаев – в возрасте от 5 до 10 лет. Большинству пациентов (58,3%) диагноз был выставлен в возрасте старше 25 лет. Время, которое проходит с момента появления начальных клинических проявлений заболевания до момента постановки диагноза, в среднем составило 8,5 лет.

Для подтверждения диагноза молекулярно-генетическое исследование было проведено у 6 пациентов, которое подтвердило мутации соответствующих генов.

Только в 6 историях болезни есть данные о том, как протекала беременность у матери пациента с ПИДС. В 5 случаях из 6 встречалась патология беременности. В 4 случаях беременность протекала на фоне воспалительного заболевания у матери (кольпит, гидраденит, хронический пиелонефрит) и в 1 случае – на фоне гипертонической болезни.

Выводы.

1. В структуре первичных иммунодефицитов в Самарской области преобладают дефекты гуморального звена иммунитета (66,7%).

2. У всех пациентов ПИДС проявляется ин-

фекционным синдромом, чаще всего поражаются органы дыхательной системы (91,7%).

3. Инфекции при ПИДС имеют ряд отличительных особенностей: хроническое, рецидивирующее течение, одновременное поражение нескольких органов и систем, а также неполный эффект от лечения.

4. У всех пациентов с ПИДС заболевание манифестировало в раннем детском возрасте. Однако, диагноз «первичное иммунодефицитное состояние» был выставлен в среднем через 8,5 лет от начала заболевания, что свидетельствует о гиподиагностике ПИДС.

5. У трети пациентов в анамнезе матери была выявлена патология течения беременности.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Аллергология и иммунология: национальное руководство / под ред. Р.М. Хаитова, Н.И. Ильиной. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009, 291с.

2. Латышева Е.А. Первичные иммунодефициты: состояние проблемы на сегодняшний день. JMF-центр в России // Вопросы современной педиатрии. 2013, 12 (6), с. 73-77.

3. Primary Immunodeficiency Diseases. Definition, Diagnosis and Management. Ed. By Rezaei, Aghamohammadi, Notarangelo. 2008, Springer-Verlag Berlin Heidelberg.

4. Российский аллергологический журнал. Приложение. Сборник тематических статей в рамках проекта «Олимп» по основам клинической иммунологии для педиатров, 2010, 32 с.

АНТИМИКРОБНАЯ АКТИВНОСТЬ И ИММУНОМОДУЛИРУЮЩИЕ СВОЙСТВА БИОЛОГИЧЕСКИ АКТИВНЫХ КОМПЛЕКСОВ, ПОЛУЧЕННЫХ ИЗ ЛЕКАРСТВЕННЫХ РАСТЕНИЙ

Колесникова А.Г., Колесников А.Н.

Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького г. Донецк.

ANTIMICROBIAL ACTIVITY AND IMMUNOMODULATORY PROPERTIES OF BIOLOGICALLY ACTIVE COMPLEX OBTAINED FROM MEDICINAL PLANTS

Kolesnikova A.G., Kolesnikov A.N.

Donetsk National Medical University named after M.Gorky, Donetsk.

Антибиотики, как известно, широко применяются в клинической педиатрии для лечения инфекционной патологии у детей, но они являются таким классом лекарственных средств,

активность которых снижается со временем. При этом растущая резистентность микроорганизмов к антибиотикам усиливается их нерационально избыточным использованием. Всемирная