

Индивидуальный подход к диагностике и лечению хронических инфекционно-воспалительных заболеваний различной локализации

А.С.Федоренко, Л.Б.Гайковая, П.М.Лукьянова,
А.Т.Бурбелло, А.В.Елисеев

*Санкт-Петербургская государственная медицинская академия им. И.И.Мечникова,
Санкт-Петербург*

Хронические инфекционно-воспалительные заболевания (ХИВЗ) различной локализации определяются в популяции в 60-70% случаев, при этом количество обострений варьирует достаточно широко – от 2 до 12 раз в год в зависимости от природы этиологического фактора (вида микроорганизма) и от иммунологического статуса пациента.

Диагностика хронических инфекционно-воспалительных заболеваний в амбулаторных условиях ограничивается данными клинического анализа крови, температурной реакцией. При проведении бактериологических исследований биологического материала (посев крови, посев гнойного отделяемого, посев мочи и т.д.) процент выявления возбудителя достаточно низкий. В зависимости от частоты обострений пациенты с ХИВЗ получают от 3 до 10 курсов антибактериальной терапии. В этих условиях особо остро встает проблема идентификации возбудителя, т.к. полностью опираться на данные литературы об определении «возможного возбудителя» при подборе антибактериальных средств не всегда целесообразно. Назначение эмпирической антибактериальной терапии без определения возбудителя не всегда эффективно

и не приводит к полной эрадикации микроорганизма.

Известно, что одним из проявлений вторичных иммунодефицитов является развитие хронических, рецидивирующих инфекционно-воспалительных процессов. По данным литературы для полной эрадикации возбудителя важен не только индивидуальный подбор антибактериальных средств, но и оценка состояния иммунной системы организма.

Таким образом, для индивидуально-го подбора лекарственной терапии пациентов с ХИВЗ различной локализации важными диагностическими факторами являются выявление возбудителя и определение иммунного статуса.

Цель. Разработать индивидуальный подход к диагностике и лечению хронических инфекционно-воспалительных заболеваний различной локализации.

Материалы и методы

Амбулаторные пациенты с ХИВЗ различной локализации, контрольная группа. При обследовании использованы стандартные клинико-лабораторные методы, микробиологические методы (традиционные бактериологические мето-

ды; экспресс микроскопия и посев лейкоцитарного слоя крови по методу Каргальцевой Н.М.), иммунологические методы [параметры гуморального иммунитета: уровень иммуноглобулинов (IgA, IgM, IgG), циркулирующих иммунных комплексов (ЦИК); неспецифического иммунитета (РТМЛ с ФГА, спонтанная (СМ) и индекс миграции (ИМ), фагоцитарный индекс (ФИ), фагоцитарное число (ФЧ), НСТ-тест); и клеточного иммунитета (определение субпопуляций лимфоцитов на проточном цитометре «Cytomics FC 500, Beckman Coulter, США»), исследование интерферонового статуса (содержание общего интерферона, продукция α/β и γ интерферона)].

Статистическая обработка данных проводилась с помощью пакета описательной статистики Microsoft Excel 2007. Статистические данные представлены в виде $M \pm \delta$ - для параметрических данных, Me [25,75 процентиля] – для непараметрических.

Результаты и их обсуждение

В исследование включено 66 человек, из них 36 пациентов с ХИВЗ различной локализации, 30 – здоровые лица (10 – бактериологический контроль, 20 – иммунологический контроль). Средний возраст пациентов 39,7±14,8 лет. Преобладают женщины - 26 человек (72%). По длительности заболевания: менее 1 года – 9 пациентов (25%), от 1 до 5 лет – 16 человек (44,5%) и от 5 до 10 лет – 11 (30,5%). По нозологии: заболевания ЛОР органов и дыхательных путей – у 22 человек (61%), заболевания кожи и мягких тканей – 9 пациентов (25%), заболеваний сердца и сосудов – 2 (5,6%), лихорадка неясной этиологии - 3 (8,4%). При традиционном бактериологическом исследо-

вании в большинстве случаев был получен отрицательный результат (флора не выявлена/посев стерилен). При микроскопии лейкоцитарного слоя крови нами в 88% случаев выявлена бактериемия, в 12% случаев кандидемия. Микроскопия лейкоцитарного слоя крови позволила обнаружить Грам «+» и Грам «-» флору (кокки и палочки); грибы рода *Candida*, а при исследовании лейкоцитарного слоя крови люминисцентным и флюоресцентным методами выявить бактериоиды. Нами установлено, что при увеличении частоты обострений и длительности заболевания возрастал процент выявления у пациентов с ХИВЗ микст-инфекции (Грам «+», Грам «-» флора, бактериоиды, грибы). На основании выявленных возбудителей каждому пациенту индивидуально подбирали антибактериальные препараты, режим их дозирования и длительность применения. После проведенного курса лечения при повторной контрольной микроскопии лейкоцитарного слоя крови у большинства пациентов была достигнута эрадикация возбудителя, лишь в некоторых случаях потребовался повторный курс антибактериальной терапии.

При анализе иммунологических показателей обнаружено, что, у большинства пациентов с ХИВЗ (64%) имелись изменения в неспецифическом звене иммунитета (изменение миграционной активности лейкоцитов (СМ 1,75±0,74; ИМ 50,7±23,8), фагоцитарной способности нейтрофилов (ФЧ 53,6±17,7; ФИ 3,1±1,4); микробицидной активности НСТ-тест 15,6±9,8). При оценке клеточного иммунитета у 47% пациентов выявлены изменения: В cells отн. 11,8±4,4, абс. 0,2±0,1; Т-cells отн. 73,0±7,0, абс. 1,5±0,4; Т-helpers отн. 46,2±6,1, абс. 0,96±0,24; Т-cytotox отн. 25,7±7,1, абс. 0,54±0,21; NK-cells отн. 12,7±4,4, абс.

0,3±0,1; T-NK cells отн. 4,5 [2,2;6,4], абс. 0,09 [0,04;0,13]; T active. late отн. 2,5 [1,0;4,5], абс. 0,05 [0,02;0,07]; IR 1,9±0,6; HLA-DR+CD3- отн. 12,1±3,8, абс. 0,3±0,1. При этом установлена зависимость выраженности изменений клеточного иммунитета и длительности заболевания.

В гуморальном звене иммунитета у 50% пациентов выявлены изменения: ЦИК 60,8±25,8; IgA 2,17±0,99; IgM 1,6±0,7; IgG 11,6±4,1. У 4 пациентов обнаружено снижение продукции интерферона α/β и γ при нормальном содержании уровня общего интерферона. Такие изменения свидетельствуют о хроническом вялотекущем процессе. Всем пациентам в зависимости от изменений иммунного статуса была подобрана иммуномодулирующая терапия, кроме того им были назначены витамины. В качестве противовоспалительных средств пациенты с ХИВЗ получали омега-3 полиненасыщенные жирные кислоты. При контрольном исследова-

нии иммунного статуса, в некоторых случаях, проводимая иммунокорригирующая терапия не привела к полной нормализации параметров иммунограммы. Вероятно, таким пациентам необходима дополнительная более длительная иммуномодулирующая терапия.

Выводы

1. У пациентов с ХИВЗ различной локализации при микроскопии лейкоцита крови выявлена Грам «+», Грам «-» микроорганизмы, бактероиды и грибы и в некоторых случаях микст инфекции
2. При оценке иммунного статуса обнаружены нарушения в неспецифическом, гуморальном и клеточном звеньях иммунитета
3. Индивидуальный подбор антибактериальной и иммунокорригирующей терапии значительно уменьшает количество рецидивов ХИВЗ различной локализации и увеличивает продолжительность ремиссии.