

Результаты исследования и их обсуждение

В г. Гродно и Гродненской области за 2016 г. было выполнено 2958 вскрытий. Воспалительные заболевания в сердце были выявлены в 63 случаях, что составило 2,1 %. Из них в 36 наблюдениях это были мужчины и в 27 — женщины. Средний возраст которых составил 57 и 60 лет соответственно.

При анализе в 12 (0,4 %) случаях был диагностирован перикардит. В зависимости от этиологии в 2 наблюдениях был инфекционный (септический); в 10 — неинфекционный, из них в 6 — связанный с уремией, 4 — с опухолью (рак легкого).

Миокардит был выявлен в 44 (1,5 %) случаях, при чем в 2 наблюдениях как основное заболевание (инфекционно-аллергический и интерстициальный) и в 42 — как осложнение. В зависимости от этиологии в 35 случаях обусловленный сепсисом, в 3 — ревматизмом, в 3 — синдромом зависимости от алкоголя, в 1 — уремией.

В 7 (0,2 %) наблюдениях выявлен эндокардит. Из них в 3 случаях септический, в 4 — ревматический.

Выводы

Согласно секционным данным чаще всего воспалительные процессы в сердце являются осложнениями других заболеваний. В большинстве случаев был диагностирован миокардит, по этиологии в основном септический.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Сторожакова, Г. И.* Руководство по кардиологии: учеб. пособие: в 3 т. / Г. И. Сторожакова; под ред. Г. И. Сторожаковой, А. А. Горбаченковой. — М., 2008. — Т. 2. — 512 с.

УДК 616–002.34:612.017.1

ПОКАЗАТЕЛИ ИММУННОГО СТАТУСА У ПАЦИЕНТОВ С РЕЦИДИВИРУЮЩИМИ ИНФЕКЦИЯМИ КОЖИ

Калинина А. Л.

Научный руководитель: к.м.н., доцент Т. С. Петренко

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Рецидивирующие инфекционно-воспалительные заболевания кожи являются важной клинической проблемой ввиду их широкой распространенности, росту непрерывно рецидивирующих, хронических форм течения и малой эффективности терапии [1]. В развитии и хронизации рецидивирующих инфекций важнейшую роль играют нарушения нормального функционирования и взаимодействия различных звеньев иммунной системы, что обуславливает интерес исследователей к оценке иммунного статуса [1, 2]. В то же время информация, получаемая в результате выполнения общепринятого комплекса показателей иммунограммы, обладает недостаточной клинической информативностью [2–4]. В связи с этим становится актуальным поиск дополнительных перспективных параметров для включения в комплекс иммунологического обследования, а также оценка возможности их применения для мониторинга патологического процесса. Перспективными представляются так называемые «малые» субпопуляции лимфоцитов и активированные пулы клеток, численность и функциональные свойства которых значительно изменяются при инфекциях различной этиологии [3].

Материал и методы исследования

Для оценки системы иммунитета было обследовано 43 пациента с хроническим рецидивирующим фурункулезом (из них 32 женщины и 11 мужчин) и 20 пациентов с угревой болезнью (из них 8 мужчин и 12 женщин) в возрасте от 15 до 69 лет. Контрольную группу составили 140 здоровых лиц (из них 89 женщин и 51 мужчина), сопоставимых по полу и

возрасту с обследованными. Иммунологическое обследование проводили до назначения медикаментозной терапии. Определяли количественный состав популяций и субпопуляций лимфоцитов периферической крови с использованием моноклональных антител линии IOTest (Beckman Coulter, USA), меченных FITC (флуоресцеина изотиоцианат), PE (фикоэритрин), PC-5 (комплекс PE + цианин-5) в следующих панелях: CD3~FITC/CD4~PE/CD25~PC-5, CD3~FITC/CD56+CD16~PE/CD8~PC-5, CD3~FITC/CD19~PE/HLA-DR~PC-5. Анализ окрашенных клеток проводился на двухлазерном проточном цитофлуориметре («PAS», Partec) в программе «Partec FloMax». Оценивали содержание CD3⁺, CD3⁺4⁺, CD3⁺8⁺, CD3⁺4⁺25⁺, CD3⁺HLA-DR⁺, CD3⁺16⁺/56⁺, CD3⁺16⁺/56⁺, CD19⁺-клеток, рассчитывали иммунорегуляторный индекс (ИРИ), как отношение CD3⁺4⁺/CD3⁺8⁺. Количество IgG, IgA, IgM в сыворотке крови определяли иммунотурбидиметрическим методом на автоматическом биохимическом анализаторе «Architect C8000» (Abbot, США) с использованием тест-систем «BioSystems S.A.» (Испания). Содержание циркулирующих иммунных комплексов (ЦИК) в сыворотке крови определяли методом преципитации 4% раствором полиэтиленгликоля (M = 6000 Д) по В. Гашковой [5].

Статистическая обработка результатов проводилась с использованием непараметрических критериев Манн — Уитни (U-критерий). Различия считали статистически значимыми при $p < 0,05$.

Результаты исследования и их обсуждение

Данные оценки иммунного статуса обследованных пациентов представлены в таблицах 1–2.

Таблица 1 — Показатели иммунного статуса у пациентов с фурункулезом

Показатель, ед. измерения	Контрольная группа, n = 140	Фурункулез, n = 43
CD3 ⁺ , %	71,3 (66,0; 75,0)	70,5 (69,4; 83,1)
CD3 ⁺ 4 ⁺ , %	42,0 (35,4; 46,6)	42,4 (39,9; 51,7)
CD3 ⁺ 8 ⁺ , %	23,6 (20,8; 26,8)	23,0 (22,7; 27,1)
ИРИ (CD3 ⁺ 4 ⁺ /CD3 ⁺ 8 ⁺)	1,8 (1,4; 2,1)	1,9 (1,5; 2,6)
CD19 ⁺ , %	10,5 (9,1; 12,4)	11,5 (9,8; 15,4)
CD3 ⁺ 16 ⁺ /56 ⁺ , %	13,4 (8,8; 17,1)	12,6 (10,8; 16,8)
CD3 ⁺ 4 ⁺ 25 ⁺ , %	3,3 (2,3; 4,2)	4,0 (3,4; 9,8)*
CD3 ⁺ HLA-DR ⁺ , %	1,5 (0,8; 2,3)	8,9 (5,4; 10,1)*
CD3 ⁺ 16 ⁺ /56 ⁺ , %	3,5 (2,5; 5,8)	4,7 (4,5; 8,7)*
ЦИК, ед.	28,0 (12,0; 46,0)	48,6 (46,3; 70,9)*
IgG, г/л	12,5 (11,3; 14,4)	12,9 (11,9; 16,6)*
IgA г/л	2,3 (1,7; 3,1)	1,9 (1,4; 2,7)
IgM г/л	1,7 (1,2; 2,2)	1,9 (1,8; 2,6)*
IgE, МЕ/л	87,0 (56,3; 120,0)	79,3 (76,1; 124,6)

Примечание. Данные представлены в виде Ме (25 %; 75 %); * — различия между группами статистически значимы при $p < 0,05$.

Таблица 2 — Показатели иммунного статуса у пациентов с угревой болезнью

Показатель, ед. измерения	Контрольная группа, n = 140	Угревая болезнь, n = 20
CD3 ⁺ , %	71,3 (66,0; 75,0)	69,9 (69,0; 78,1)
CD3 ⁺ 4 ⁺ , %	42,0 (35,4; 46,6)	41,9 (40,9; 51,7)
CD3 ⁺ 8 ⁺ , %	23,6 (20,8; 26,8)	22,9 (22,0; 27,1)
ИРИ (CD3 ⁺ 4 ⁺ /CD3 ⁺ 8 ⁺)	1,8 (1,4; 2,1)	1,9 (1,5; 2,6)
CD19 ⁺ , %	10,5 (9,1; 12,4)	11,5 (9,8; 15,4)
CD3 ⁺ 16 ⁺ /56 ⁺ , %	13,4 (8,8; 17,1)	12,6 (10,8; 16,8)
CD3 ⁺ 4 ⁺ 25 ⁺ , %	3,3 (2,3; 4,2)	5,9 (5,4; 10,6)*
CD3 ⁺ HLA-DR ⁺ , %	1,5 (0,8; 2,3)	6,9 (6,3; 8,2)*
CD3 ⁺ 16 ⁺ /56 ⁺ , %	3,5 (2,5; 5,8)	5,0 (4,7; 9,1)*
ЦИК, ед.	28,0 (12,0; 46,0)	46,1 (43,8; 48,7)*
IgG, г/л	12,5 (11,3; 14,4)	12,6 (11,9; 14,8)
IgA г/л	2,3 (1,7; 3,1)	2,3 (2,0; 3,4)
IgM г/л	1,7 (1,2; 2,2)	1,9 (2,0; 2,8)*
IgE, МЕ/л	87,0 (56,3; 120,0)	59,9 (56,4; 102,6)

Примечание. Данные представлены в виде Ме (25 %; 75 %); * — различия между группами статистически значимы при $p < 0,05$.

Как видно из таблицы 1, относительное количество активированных Т-лимфоцитов периферической крови пациентов с ХРФ было выше, чем в контрольной группе ($CD3^+4^+25^+$, $p = 0,039$; $CD3^+HLA-DR^+$, $p = 0,009$; $CD3^+16/56^+$, $p = 0,031$). Количество ЦИК сыворотки также было выше, чем у здоровых лиц ($p = 0,027$). Уровень иммуноглобулинов G и M был выше, чем в группе сравнения ($p = 0,040$; $p = 0,042$ соответственно).

Таким образом, полученные нами данные согласуются с данными литературы, уровень активированных лимфоцитов у пациентов с ХРФ выше, чем у здоровых лиц.

Как видно из таблицы 2, у пациентов с угревой болезнью относительное содержание основных субпопуляций лимфоцитов не отличалось от здоровых лиц ($p > 0,05$). Количество $CD3^+4^+25^+$ -клеток, $CD3^+HLA-DR^+$ -лимфоцитов, $CD3^+16/56^+$ -выше, чем в контрольной группе ($p = 0,001$; $p < 0,001$; $p = 0,003$ соответственно). Уровень ЦИК и IgM в сыворотке крови пациентов с угревой болезнью были выше, чем у здоровых лиц ($p = 0,018$ и $p = 0,049$ соответственно).

Таким образом, у пациентов с бактериальными заболеваниями кожи (фурункулезом и угревой болезнью) количество минорных субпопуляций было выше, чем в контроле. Гуморальное звено иммунитета характеризовалось дисиммуноглобулинемией: разнонаправленными изменениями в концентрации основных классов иммуноглобулинов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Новикова, И. А. Клинико-иммунологические аспекты рецидивирующих стафилококковых и герпетических поражений кожи / И. А. Новикова, А. В. Гомоляко, М. В. Злотникова // Вестник дерматологии и венерологии. — 2011. — № 2. — С. 44–48.
2. Гомоляко, А. В. Иммунный статус у больных хроническим рецидивирующим фурункулезом / А. В. Гомоляко, И. А. Новикова, А. С. Прокопович // Медико-биологические проблемы жизнедеятельности. — 2010. — № 2. — С. 70–76.
3. Основные и малые популяции лимфоцитов периферической крови человека и их нормативные значения (методом многоцветного цитометрического анализа) / С. В. Хайдуков [и др.] // Медицинская иммунология. — 2009. — Т. 11, № 2–3. — С. 227–238.
4. Региональные показатели субпопуляционного состава лимфоцитов здоровых жителей гомельской области / А. В. Гомоляко [и др.] // Медико-биологические проблемы жизнедеятельности. — 2010. — № 3. — С. 65–72.
5. Гашкова, В. Методы определения циркулирующих иммунных комплексов / В. Гашкова, И. Матл, И. Кашлик // Чехословацкая медицина. — 1978. — Т. 1, № 2. — С. 117–122.

УДК 616.24-002.5

СОВРЕМЕННАЯ КАРТИНА ФИБРОЗНО-КАВЕРНОЗНОГО ТУБЕРКУЛЕЗА

Каминская Б. А., Пугач А. С.

Научный руководитель: ассистент Н. П. Антонова

Учреждение образования

«Белорусский государственный медицинский университет»

г. Минск, Республика Беларусь

Введение

Фиброзно-кавернозный туберкулез (ФКТ) — это клиническая форма туберкулеза, характеризующаяся выраженными морфологическими изменениями, что значительно ограничивает возможности терапевтического воздействия, и, по данным литературы, характеризуется высоким процентом инвалидизации, низкой эффективностью лечения и, как следствие, высокой летальностью. Положительными тенденциями во фтизиатрии в настоящее время является выход на рынок новых противотуберкулезных лекарственных средств (ПТЛС), в частности, бедаквелина.

Цель

Определить основные характеристики ФКТ в настоящее время.

Материал и методы исследования

Ретроспективный анализ 59 карт стационарного больного ф. № 003/у-07 отделения лекарственно-устойчивых форм туберкулеза № 3 ГУ «РНПЦ пульмонологии и фтизиатрии» за 2016 и 20 карт стационарного больного умерших в отделениях стационара с диагнозом ФКТ.