

Анализ этиологической структуры инфекций, передающихся иксодовыми клещами, показал, что наиболее высокий процент у детей занимают ИКБ – 49 человек (39,2%). КЭ наблюдается у трети больных — 39 случая (31,2%). Реже встречаются новые инфекции МЭЧ – 3 случая (2,4%) и ГАЧ — 8 случаев (6,4%). Микст-инфекции зарегистрированы у каждого пятого больного – 26 случаев (20,8%).

Клиническое течение клещевого энцефалита у детей Пермского края протекает преимущественно, в виде лихорадочной (58,1%) и менингеальной (39,6%), реже очаговой (2,3%) форм. В структуре острого ИКБ преобладает безэритемная форма (56,9%) с выраженным общеинфекционным синдромом, преимущественным поражением нервной системы и нарушениями со стороны сердца, печени.

Впервые у детей Пермского края мы диагностировали новые клещевые инфекции — МЭЧ и ГАЧ. На основании полученных данных о клинической картине МЭЧ нами установлено, что инфекция проявляется острым лихорадочным заболеванием с развитием общеинфекционного синдрома. По данным научных исследований, проведенных в США и Венесуэле (Schutze G.E., 2007; Martinez M.C., 2008), МЭЧ у детей характеризуется тяжелым течением с поражением кожи и опорно-двигательного аппарата, что не наблюдалось у наших пациентов.

При ГАЧ у детей отмечается общеинфекционный синдром, характеризующийся лихорадкой, слабостью и головной болью. Однако у наших больных не было токсического шока, полинейропатии и летальных исходов, по сравнению с клинической картиной

ГАЧ, выявленной у детей США и европейских стран (Krause P.J., 2003; Bakken J.S., 2006). Это позволило считать, что анаплазмоз у детей на территории Пермского края протекает в более легкой форме.

Таким образом, проведенная нами работа расширила спектр инфекций, передающихся иксодовыми клещами, выявив у детей Пермского края новые заболевания — МЭЧ и ГАЧ. Отсутствие патогномных признаков для данных нозологий существенно затрудняет их распознавание без серологической верификации иммуноферментным методом.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ АРАВЫ (ЛЕФЛУНОМИДА) В КАЧЕСТВЕ БАЗИСНОЙ ТЕРАПИИ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА

М.М. Широбокова,

В.В. Тихонов

*ГОУ ВПО «Ижевская государственная
медицинская академия»*

РФ, УР, г. Ижевск.

Ревматоидный артрит — одно из самых тяжелых хронических заболеваний человека, что связано с персистенцией аутоиммунного воспаления в синовиальной оболочке, многолетним болевым синдромом, деструкцией хряща и головок суставных костей, снижением, а нередко и утратой функции опорно-двигательного аппарата больных, уменьшением продолжительности жизни пациентов.

Неизвестность этиологических факторов и сложность патогенетических механизмов развития хронического воспаления синовиальной оболочки привело к необходимости

создания лефлуномида (Арава) препарата с доказанной эффективностью и хорошей переносимостью.

Цель исследования

Оценить клиническую эффективность и переносимость лефлуномида, его влияние на функциональный статус пациентов.

Материалы и методы исследования

Нами были проанализированы истории болезни пациентов, получавших лечение на базе ревматологического отделения МУЗ МСЧ «Ижмаш» за период с 2006 по 2009 годы. В результате мы отобрали 38 историй, из которых в основную группу вошли 18 больных, принимавших в качестве базисной терапии лефлуномид, и группу сравнения, где 20 пациентов принимали метотрексат. Все пациенты имели системные проявления в виде ревматоидных узелков, анемии, амиотрофии, субфебрилитета, похудания, синдрома Рейно, миалгий, миокардиодистрофий, геморрагических васкулитов, перикардитов.

Пациенты основной группы принимали Араву в течение 1–4 лет. Из них 4 принимали Араву в объеме «насыщающей дозы», т.е. по 100 мг в течение 3 дней, затем были переведены на дозу 20 мг в сутки. Пациенты группы сравнения принимали метотрексат по 10 мг в/м 1 раз в неделю. Для определения активности заболевания использовали индекс DAS28, включающий 3 параметра: число болезненных суставов, число припухших суставов и СОЭ ($0,56 \cdot \sqrt{\text{ЧБС}} + 0,28 \cdot \text{ЧПС} + 0,70 \cdot \ln(\text{СОЭ}) + 1,08 + 0,16$). Число болезненных суставов и число припухших суставов в нашем случае оказалось одинаковым. Таким образом, при подсчете индекса DAS28 активность заболевания

в группе сравнения до применения метотрексата была высокой $\text{DAS28} \geq 6,8$. В основной группе до приема Аравы активность заболевания тоже была высокой $\text{DAS28} \geq 6,6$.

Под влиянием лечения базисным препаратом лефлуномидом отмечалось быстрое развитие клинического эффекта с достоверным снижением показателей суставного синдрома и лабораторных параметров активности воспаления уже к началу 3 недели лечения. Снизился индекс DAS28 до 5,8 при применении Аравы, а при применении метотрексата до 6,5. В основной группе в значительной степени достоверно снижались острофазовые показатели активности воспалительного процесса, в частности, СРБ, фибриноген, серомукоиды. В группе сравнения показатели активности воспалительного процесса изменялись в меньшей степени. Также Арава достоверно уменьшает титр РФ, системные проявления, замедляет темп рентгенологического прогрессирования, что выражалось стабилизацией рентгенологической стадии. У каждого больного подсчитывалось число эрозий к началу терапии и каждые 6 месяцев на фоне применения Аравы. Средний прирост эрозий в суставах кистей и стоп за 6 месяцев, до назначения Аравы, составил 6,37. За первые 6 месяцев лечения Аравой число новых эрозий составило $2,73 \pm 3,2$; за вторые 6 месяцев — $1,21 \pm 1,5$. Уже через 6 месяцев лечения у 30% больных не отмечалось увеличения числа эрозий в суставах стоп, через 12 месяцев — у 42% больных. Через 18 месяцев отсутствие эрозий отмечалось у всех больных. При сравнении динамики эрозивного процесса при лечении Аравой с нашими данными, полученными при лечении метотрексатом, можно увидеть,

что замедление прироста эрозий отмечается уже в первые 6 месяцев лечения, в то время как на фоне метотрексата в первые 6 месяцев лечения обычно сохраняется темп прогрессирования. При приеме Аравы редко возникали побочные явления.

Выводы

Наш собственный опыт показывает, что лефлуномид является высокоэффективным базисным противовоспалительным препаратом и имеет некоторые преимущества перед метотрексатом при лечении ревматоидного артрита:

- лечение лефлуномидом показано больным с активным ревматоидным артритом

независимо от его продолжительности, однако рекомендуется наиболее раннее назначение препарата для предотвращения прогрессирования необратимых деструктивных процессов в суставах;

- клинический эффект развивается быстрее;
- лефлуномид следует отнести к препаратам первой линии для лечения РА, т.к. по степени выраженности клинического эффекта лефлуномид не уступает действию метотрексата.

Морфофункциональные особенности эффекторов врожденного иммунитета в клинике и эксперименте

МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РЕАКЦИЙ МЕСТНОГО ИММУНИТЕТА СЛИЗИСТЫХ ОБОЛОЧЕК ГЛОТКИ И ПОЛОСТИ РТА

Е.А. Ильиных, Н.П. Уткина

*ГОУ ВПО «Пермская государственная медицинская академия им. акад. Е.А.Вагнера Росздрава»,
г. Пермь, Россия*

Проблема воспалительных заболеваний глотки находится в центре внимания оториноларингологов. Это вызвано широким распространением данной патологии, преимущественно среди детей и лиц молодого, наиболее работоспособного возраста. Более 80% респираторных заболеваний сопровождаются поражением слизистой оболочки глотки и лимфоидного глоточного кольца.

Глотка является одним из начальных отделов респираторного тракта и выполняет жизненно важные функции. Лимфоидная фарингиальная ткань играет важную роль в формировании как регионарных, так и общих защитных реакций организма. Важный раздел “тонзиллярной проблемы” — установление этиопатогенетически обоснованных показаний к различным методам лечения, разработка достоверных критериев оценки эффективности лечебных мероприятий. С этой точки зрения большое внимание уделяется корреляции клинических признаков с данными бактериологических и иммунологических исследований. Воспалительные процессы в глотке могут быть вызваны различными микроорганизмами. Предрасполагающим моментом к развитию заболевания практически всегда является снижение иммунитета, в том числе и местного [1].