

препаратлари билан сифатли дезинсекция ҳамда худуддаги уй итларини лаборатория йули билан текшириш, дайди итларни эса йўқотиш,

кемирувчиларга карши дератизация тадбирларини мунтазам ўтказиб бориш тавсия этилади.

СОВРЕМЕННОЕ КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ И СИСТЕМА ИММУНИТЕТА ПРИ КОЖНОМ ЛЕЙШМАНИОЗЕ

З.М. Абидова, И.Р. Рахимов, Н.Б. Бойназаров, О.В. Извекова

*Республиканский специализированный научно-практический медицинский
Центр дерматологии и венерологии МЗ РУз.*

Клинические наблюдения были проведены за 141 больными с различными клиническими формами лейшманиоза. Из них (52%) составили лица женского пола. Заболевание преимущественно встречалось в возрасте до 14 лет (58%). Длительность заболевания у подавляющего количества больных составила от 1 до 5 4 месяцев. Городской тип кожного лейшманиоза отмечалось у 12 (24%) и сельский тип у 38 (76%). Диагноз металеишманиоза установлен 3 больным. У 6% больных по ходу лимфатических сосудов наблюдался симптом четок. У 33 (66%) больных очаги поражения осложнялись вторичной пиококковой инфекцией. Количества очагов поражения у большинства (66%) больных варьировал от 1 до 3, многоочаговость (5 и более очагов) наблюдалась у 17 (34%) больных. Очаги поражения располагались в основном на открытых частях тела. Клинические наблюдения позволили систематизировать некоторые клинические особенности лейшманиоза, характерные отдельным регионам. Для этого нами был совершен выезд в Бухарскую область, одному из эндемических зон Республики, где группой специалистов осмотрены и проконсультированы 17 больных с кожным лейшманиозом. Детей до 14 лет было 5 (29%). Возраст больных был от 1 года до 49 лет. Давность заболевания варьировала от 1 до 3 месяцев. Количество очагов поражения составило от 1 до 19. Несмотря на наличие язвенных поражений с гнойным отделяемым и острым воспалительным процессом кожи вокруг язв всего у 2 больных процесс протекал с явлениями лимфангоита и лимфаденита. Необходимо отметить, что в этой области у всех больных встречался только сельский тип лейшманиоза. Тельца Боровского обнаружены в 70,5% случаях. В Джизакской области нами осмотрены и проконсультированы 79 больных КЛ. Детей до 14 лет было 52 (66%). Возраст больных от 1 до 79 лет. У 38 (76%) больных заболевание носило осложненный и затяжной характер и протекало

торпидно. Наиболее часто встречался 1 очаг поражения. Элементы поражения преимущественно (77,2%) располагались в области лица. Тельца Боровского обнаружены в 60,8% случаях. Длительность заболевания у 25 (32%) больных составил от 9 месяцев до 1,5 лет. У 2 больных заболевание длилось 3-5 лет. 25 больных (32%) не смогли точно указать сроки начала заболевания. Анализ основных дифференцировочных и активационных маркеров лимфоцитов у 77 больных показал, что для всей группы больных КЛ была характерна вторичная иммунологическая недостаточность, выражающаяся подавлением активности Т-лимфоцитов, хелперов, адекватным возрастанием уровня экспрессии активационных маркеров CD8 + и концентрации IgG и A, и снижению показателя иммунорегуляторного индекса (ИРИ). Изучение динамики цитокинов показал, что уровень подавляющего большинства больных (32 пациента) содержание цитокина α -ИФН не превышало средних значений. и только у 10 больных уровень этого повышался до 8 раз. При исследовании уровня γ -ИФН у подавляющего большинства больных (39 пациента) содержание данного цитокина не определялось, и только у 3 больных уровень γ -ИФН был повышен в 2,2 раза и составил в среднем $5,9 \pm 0,07$ пг/мл. Таким образом, исследования выявили значительное снижение двух противовирусных цитокинов - α -ИФН и γ -ИФН. Далее было проведено изучение таких показателей, как ИЛ-2 и ИЛ-4. Проведенные исследования выявили значительное увеличение данных цитокинов. Уровень ИЛ-4 у 31 больных увеличение также носило несколько более выраженный характер и у 11 больных не превышало контрольный уровень. Уровень ИЛ-2 у 22 больных увеличение носило более выраженный характер и у 20 больных не превышало 2-х кратный уровень ($6,7 \pm 0,57$ пг/мл). Изучение содержания ФНО- α выявило, что в группе исследуемых пациентов его колебания представлены в большом диапазоне -

от 0 до 143, что позволило сформировать 2 группы больных - со значениями выше среднего (16 больных, среднее значение $47,3 \pm 2,2$ пг/мл) и,

соответственно, ниже средних (26 больных, среднее значение $7,7 \pm 1,34$ пг/мл).

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ТОКСОКАРОЗА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ТИТРОВ СПЕЦИФИЧЕСКИХ АНТИТЕЛ

М.Г. Авдеева, М.И. Кулбужева, Л.П. Блажняя, А.А. Ганжа, А.Ю. Журавлев

Кубанский государственный медицинский университет (Россия).

Цель - изучить клинико-эпидемиологические особенности токсокароза в сопоставлении с результатами ИФА-диагностики.

Материалы и методы: проведен ретроспективный анализ 39 диспансерных карт больных, обратившихся в ЛДО ГБУЗ «СКИБ» в 2013г. Диагноз был подтвержден путем определения специфических антител (IgG) к антигенам токсокар.

Результаты и обсуждения: За исследованный период времени большинство инфицированных (69,2%) были женщины. Средний возраст женщин составил $51,3 \pm 2,8$ лет, мужчин - $43,3 \pm 4,7$ лет. Большинство инфицированных проживали в сельской местности (61,5%). При уточнении эпидемиологического фактора 38,5% заболевших указывали на контакт с животными. При серологическом исследовании у 17 (43,6%) – титр ИФА составлял 1:400; у 11 (28,2%) – 1:200; в 7 (18%) случаях - 1:800; в 2 (5,1%) - титры составляли 1:100 и 1:1600, соответственно. Наиболее часто предъявляемые жалобы больных были: общая слабость, субфебрильная температура, миалгии, артралгии, головокружения, кожные высыпания, кожный зуд, боли в животе, потеря массы тела, послабление стула; при обследовании отмечалась гепатомегалия, лимфаденопатия, лейкоцитоз, эозинофилия, ускорение СОЭ. При титрах 1:100 больных беспокоила общая слабость, экзантема, кожный зуд, боли в животе. У исследуемых с титрами антител 1:200 чаще наблюдались кожные высыпания с зудом и гепатомегалия. При титрах антител 1:400 отмечалась общая слабость, кожные высыпания. Наиболее частые жалобы у больных с титрами антител 1:800 были: общая слабость, головокружения и субфебрильная температура, боли в животе, кожные высыпания, кожный зуд. При максимальных титрах 1:1600 наблюдались экзантема, боли в животе и гепатомегалия. В общем анализе крови при титрах 1:100 повышалось СОЭ до 21 мм/час; уровни

лейкоцитов и эозинофилов были в пределах нормы. У исследуемых с титрами антител 1:200 наблюдалась эозинофилия от 5% до 7%. При титрах антител 1:400 отмечались лейкоцитоз до $13,5 \cdot 10^{12}/л.$, повышение СОЭ до 25мм/час и эозинофилия от 6 до 15%. С титрами антител 1:800 регистрировалась эозинофилия до 9%. При максимальных титрах 1:1600 уровень эозинофилов повышался до 14,5%. В качестве этиотропной терапии наиболее часто проводили лечение вермоксом и немозол по стандартной схеме. Противогельминтные препараты назначались больным при титрах антител 200 и выше, при этом отмечался выраженный положительный клинический эффект.

Выводы: Наиболее часто клинико-лабораторные отклонения отмечались у инфицированных с титрами от 1:200 до 1:800, тогда как при минимальных (1:100) и максимальных титрах (1:1600) клинические изменения носили единичный характер. Диагностическими титрами ИФА к антигенам токсокар являются 1:800. Однако, при титрах антител к токсокарам 1:200 и 1:400, наличии типичных клинических симптомов и эозинофилии при исключении сопутствующей патологии также нельзя исключить токсокароз. Наличие у пациентов эозинофилии, субфебрилитета, диспептических нарушений, лимфаденопатии и аллергических проявлений дает основание к обследованию на токсокароз, а при положительных значениях ИФА в титрах выше 1:200, рекомендуется назначение антипаразитарной терапии. В связи с сохраняющейся заболеваемостью токсокарозом в Краснодарском крае на достаточно высоком уровне, целесообразно проведение санитарно-просветительской работы среди населения. Необходимо избегать прямого контакта с почвой, загрязненной фекалиями собак, так как она является основным фактором передачи токсокароза.