

5. Ленинджер А. Основы биохимии. – М.; Медицина, 1985. – Т. 2. – 356 с.
6. Локшина Л.А. Протеолитические ферменты и их биологические функции // Успехи биологической химии. – 1979. – Т. 18. – С. 162–184.
7. Макаренко Е.В. Комплексное определение активности супероксиддисмутазы и глутатаонредуктазы в эритроцитах больных с хроническими заболеваниями печени // Лаб. дело. – 1988. – № 11. – С. 48–50.
8. Мальберг К., Зигль Э. Метод локального гемолиза // Иммунологические методы / Пер. с англ. – М.: Медицина, 1987. – С. 262–267.
9. Подильчак М.А. Клиническая энзимология. – Киев: Здоров'я, 1967. – 292 с.
10. Прокопенко Л.Г., Бровкина И.Л., Конопля А.И. и др. Окислительный, энергетический и иммунный гомеостаз. – Курск, 2003. – С. 13–34.
11. Прокопенко Л.Г., Хмелевская И.Г., Чалый Г.А. и др. Ферментная иммуномодуляция. – Курск, 1998. – 152 с.
12. Прокопенко Л.Г., Хмелевская И.Г., Чалый Г.А., Ковальчук Л.В. // Нелимфоидные механизмы иммунопатологии. – М., 2007. – С. 283–302.
13. Прокопенко Л.Г., Чалый Г.А., Конопля А.И. Протеазы и иммунитет. – Курск, 1994. – 210 с.
14. Рыжкова Г.Ф., Вишняков С.И. Методическое пособие по выделению, очистке и определению активности транспортных АТФаз в органах и тканях животных. – Воронеж, 2005. – 31 с.
15. Федосеева Т.В., Порядин Л.В., Ковальчук Л.В. и др. Руководство по иммунологическим методам в гигиенических исследованиях. – М., 1993. – С. 319.

УДК 681.3

ПРОГНОЗИРОВАНИЕ РЕЦИДИВОВ У БОЛЬНЫХ ПЕРВИЧНОЙ И РЕЦИДИВИРУЮЩЕЙ РОЖЕЙ

© Белова Е.А., Титарева Л.В., Лищук Н.Г.

Кафедра инфекционных болезней Курского государственного медицинского университета

В исследование включены 400 больных рожей с различными вариантами лечения в остром периоде заболевания. С целью прогнозирования рецидивов у всех пациентов определяли иммуноглобулины А, М, G в сыворотке крови в динамике заболевания. Показано, что большое значение для прогнозирования рецидивов как при первичной, так и при рецидивирующей роже имеют низкие показатели Ig А.

Ключевые слова: первичная рожа, рецидивирующая рожа, иммуноглобулины, прогнозирование рецидивов.

RELAPSES FORECAST IN PATIENTS WITH PRIMARY AND RECURRENT ERYSIPELAS

Belova E.A., Titareva L.V., Lischuk N.G.

The Department of the Infectious Diseases of the Kursk State Medical University

The research examined 400 patients with erysipelas, who had undergone different variants of treatment in acute period of the disease. With the purpose of relapses forecast blood levels of immunoglobulins A, M, G in dynamics of the disease were observed in all patients. It has been shown, that low levels of Ig A are the most informative indices for relapses forecast in primary and recurrent erysipelas.

Key words: primary erysipelas, recurrent erysipelas, immunoglobulins, relapse forecast.

Стрептококковые инфекции принадлежат к числу наиболее распространенных заболеваний бактериального происхождения во всем мире [2, 5]. Рожа – вариант стрептококковой инфекции, характеризующийся особой склонностью к частому рецидивированию [4, 5]. У больных рожей прогноз рецидивов заболевания зависит от разнообразных факторов, в том числе от методов применяемого лечения, проведения вторичной профилактики, осуществления вторичной диспансеризации или её отсутствия, характера фоновых заболеваний, возможности их эффективной терапии, переносимости антибиотиков. Сохраняющийся нейтрофильный сдвиг влево, анэозинофилия, как правило, имеют неблагоприятное прогностическое значение (развитие раннего рецидива) даже при отсутствии лейкоцитоза. Большинство авторов считают прогностически неблагоприятным в плане развития рецидива болезни стойкий лимфостаз, длительно болезненные регионарные лимфоузлы, выраженную инфильтрацию кожи, высокие титры антител к ферментам стрептококка в сыворотке крови на протяжении нескольких месяцев [4, 5]. Число работ, посвященных изучению содержания имму-

ноглобулинов (Ig) классов А, М, G при роже незначительно, и данные этих исследований весьма разноречивы, однако большинство авторов отмечают выраженное снижение содержания Ig А у больных рецидивирующей формой заболевания [1, 3, 6]. Как правило, острый период рожи характеризуется выраженным снижением содержания Ig А и Ig М при близком к нормальным показателям Ig G [4, 5]. В период реконвалесценции уровень Ig М и Ig А без дополнительной стимуляции иммуномодуляторами не достигает нормы [1, 4, 5].

Целью наших исследований явилось определение уровней Ig классов А, М, G в динамике заболевания у больных первичной и рецидивирующей рожей на фоне приема различных иммуномодуляторов и возможности прогнозирования рецидивов заболевания по этим показателям.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

В областной клинической инфекционной больнице и четырех поликлиниках г. Курска под нашим наблюдением находились 400

больных, разделенные на четыре группы, сопоставимые по полу, возрасту и клиническим формам рожи.

Каждая группа включала в себя 50 больных первичной и 50 больных рецидивирующей рожей. Большинство пациентов были женщины пожилого возраста с локализацией местного очага на нижних конечностях. В основном преобладали эритематозная и эритематозно-буллезная формы рожи. Более чем у половины обследованных заболевание протекало в среднетяжелой форме, а в анамнезе имелись частые ангины, хронический тонзиллит. Критериями исключения при отборе больных для обследования являлись: злокачественные опухоли, сахарный диабет, цирроз печени, заболевания крови, трофическая язва голени.

1-я группа обследованных получала общепринятое лечение (пенициллин внутримышечно по 1,5 млн. ЕД четыре раза в сутки, дезинтоксикационную, десенсибилизирующую, витаминную терапию).

2-я группа обследованных на фоне тех же дезинтоксикационных, десенсибилизирующих и витаминных средств принимала полиферментный препарат вобэнзим производства Mucos Pharma (Германия) по 3 драже три раза в сутки в первые три дня исследования, далее по 5 драже три раза в сутки в течение двух недель.

3-й группе обследованных на фоне традиционной терапии через три дня после нормализации температуры назначался полусинтетический гликопептид ликопид производства ЗАО "Пептек" (Москва) по 2 мг 3 раза в сутки в течение 10 дней.

Пациенты 4-й группы на фоне общепринятой терапии получали циклоферон произ-

водства "Полисан" (СПб) внутримышечно по 4 мл по схеме: 1-е, 2-е, 4-е, 6-е, 8-е, 11-е и 14-е сутки после обращения к врачу.

Всем больным в день выписки вводился бициллин-5 1,5 млн. ЕД внутримышечно однократно.

При поступлении больных в стационар и через две недели с момента начала терапии проводилось определение Ig A, Ig M и Ig G в сыворотке крови методом ИФА.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

При полной сопоставимости обследованных групп можно судить о степени влияния того или иного иммуномодулятора на уровень Ig A, Ig M и Ig G в биоматериале. Ввиду широкого диапазона колебаний средние уровни иммуноглобулинов у обследованных не являются достаточно наглядными при клинико-иммунологических сопоставлениях. На наш взгляд, больший интерес представляют данные о количестве больных, у которых уровни сывороточных Ig A, Ig M и Ig G повышались в динамике заболевания.

Нами установлено, что препараты вобэнзим, ликопид и циклоферон оказывают значительный иммуномодулирующий эффект у больных рожей. Как видно из таблиц 1 и 2, у большинства больных первичной рожей чаще отмечалось повышение уровней Ig M и Ig G, реже Ig A по сравнению с рецидивирующей рожей. Разницы в уровнях Ig A, Ig M, Ig G, в том числе и в динамике заболевания, при различных клинических формах рожи (эритематозная, эритематозно-буллезная, эритематозно-геморрагическая, буллезно-геморрагическая) получено не было. Пациенты всех выше-

Таблица 1

Динамика уровней сывороточных иммуноглобулинов классов А, G, М у больных первичной рожей при различных способах лечения

№ группы	Полученное больными лечение	Число больных (%) с повышением уровня Ig после курса лечения		
		Ig A	Ig M	Ig G
I	Пенициллин	34	58	62
II	Пенициллин + Вобэнзим	82	88	92
III	Пенициллин + Циклоферон	84	90	94
IV	Пенициллин + Ликопид	80	90	96