

момента появления первых клинических симптомов ПИДС до постановки диагноза проходит около 14,5 лет. И к моменту уточнения диагноза пациенты имеют тяжелые необратимые поражения жизненно-важных органов или погибают от инфекционных осложнений.

На территории Белгородской области предприняты меры, направленные на повышение выявляемости и составление регистра больных ПИДС. Были проанализированы сведения более чем о 10000 детей, обратившихся за медпомощью по поводу частых заболеваний и с подозрением на ПИДС, и результаты их обследования на базе МБУЗ Детская поликлиника №4.

Синдромы значимой недостаточности антител характеризовались множественными повторными или хроническими гнойными инфекциями слизистых оболочек дыхательных путей, ЛОР-органов, глаз, пиодермией, гнойными инфекциями мягких тканей (абсцесс, флегмона, лимфадениты) и костей. Частота банальных ОРИ оставалась нормальной. Напротив, у детей с дефектами антителопродукции (селективный дефицит IgA, транзиторная младенческая гипогаммаглобулинемия) серьезные гнойные инфекции наблюдались редко, "частые ОРИ" в 61% случаев, у части детей (до 50%) отмечались повторные не гнойные инфекции ЛОР-органов, и поверхностная рецидивирующая пиодермия (до 10% случаев). При хронической гранулематозной болезни у детей отмечались гнойные инфекции кожи и подкожной клетчатки (80%), БЦЖ-иты (80%), абсцессы печени (80%), гнойные лимфадениты (100%), легочные инфекции (100%).

Таким образом, "частые ОРИ" у детей с ПИДС отмечались не более чем у 3% исключительно с легкими селективными (селективный дефицит IgA) или транзиторными (транзиторная младенческая гипогаммаглобулинемия) формами иммунной недостаточности. Если сопоставить эту цифру с количеством детей (10000), обратившихся к иммунологу в связи с частой заболеваемостью, но не имевших признаков ПИДС, то станет ясным, что обследование часто болеющих детей приводит к выявлению диагноза ПИДС крайне редко (менее 0,1%).

ВОПРОСЫ ДИАГНОСТИКИ СЕЛЕКТИВНОГО ДЕФИЦИТА ИММУНОГЛОБУЛИНА А В БЕЛГОРОДСКОЙ ОБЛАСТИ

Бочарова К.А.¹, Щербина А.Ю.²

¹ НИУ «БелГУ», г. Белгород,

² **Федеральный научно-клинический центр детской онкологии,
гематологии, иммунопатологии, г. Москва, Россия**

Первичные иммунодефициты (ПИДС) – группа генетически детерминированных заболеваний, одним из самых распространенных среди которых является селективный дефицит иммуноглобулина А (селIgA). Его распространенность по данным различных зарубежных авторов – от 1:163 до 1:875. В общероссийском регистре ПИДС к настоящему времени доступны сведения менее чем о 1000 пациентов с селIgA, что, скорее всего, связано с

плохой выявляемостью данного заболевания в регионах России в виду неосведомленности и отсутствия настороженности у медицинских работников, а также низкой лабораторной базой. Следовательно, в настоящее время в России могут проживать до трехсот тысяч человек с неустановленным диагнозом ПИДС. Это приводит к тому, что больные не наблюдаются у иммунологов, не получают патогенетическую терапию, у них формируются очаги хронической инфекции, приводящие к инвалидизации и ухудшению качества жизни. Клиническая картина селIgA разнообразна, но в основном в клинике этого ПИДС преобладает рецидивирующий инфекционный синдром различных локализаций: ЛОР-органов, дыхательной системы и желудочно-кишечного тракта.

Поэтому целью данного исследования явилось изучение на территории Белгородской области распространенности селIgA.

Материалы и методы: в Белгородской области было обследовано 4000 детей, средний возраст $6,5 \pm 3,9$ лет, обратившихся в связи с рецидивирующими респираторными инфекциями (РРИ) (более 10-12 раз в год), а также 750 здоровых доноров. Содержание IgA в сыворотке крови определяли иммуноферментным методом (Amersham Pharmacia Biotech).

Результаты: Проведенные исследования показали, что частота выявления селIgA (состояние, при котором уровень сывороточного IgA $< 0,05$ г/л) среди детей с РРИ составила 1:668, а среди здоровых доноров 1:250. Выводы: таким образом, каждый 5-ый взрослый житель Белгородской области может иметь первичный иммунодефицит без клинических проявлений рецидивирующих инфекций. Необходимо отметить, что в детском возрасте данный иммунодефицит проявляется клиникой частых респираторных инфекций.

ТЕЧЕНИЕ РЕВМАТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА НА ФОНЕ ХРОНИЧЕСКОЙ ЭПШТЕЙНА-БАРР ВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ

Боярчук О.Р., Маховская А.С., Гариян Т.В.

ГВУЗ «Тернопольский государственный медицинский университет имени И.Я. Горбачевского МОЗ Украины», г. Тернополь

Стрептококковая инфекция играет ведущую роль в развитии острой ревматической лихорадки (ОРЛ). В формировании пороков сердца и трансформации в ревматическую болезнь сердца (РБС) большее значение имеют патогенетические механизмы, так как у 30-50 % больных с ревматическими пороками сердца в анамнезе не наблюдается явных ревматических атак.

Целью нашего исследования было изучить частоту инфицирования вирусом Эпштейна-Барр больных с РБС и установить его влияние на течение заболевания.

Обследовано 30 больных с РБС в возрасте от 19 до 42 лет. РБС диагностировали при наличии порока сердца или поражения сердечных