

ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ЦЕННОСТЬ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ВИДОСПЕЦИФИЧЕСКИХ АНТИТЕЛ К ИНФЕКЦИИ *CHLAMYDOPHILARNEUMONIAE* МЕТОДОМ ИММУНОФЕРМЕНТНОГО АНАЛИЗА У ПАЦИЕНТОВ С РЕАКТИВНЫМ АРТРИТОМ И РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ

Шаруба С. В.

УО «Белорусский государственный медицинский университет»,
г. Минск, Республика Беларусь

Введение. Воспалительные артропатии – большая гетерогенная группа заболеваний костно-суставной системы, в структуре которой ревматоидный артрит (РА) и реактивный артрит (РеА) занимают наибольший удельный вес. Разработка эффективных стратегий лечения данных нозологий всегда зависела от возможностей этиотропной терапии, которые до недавнего времени были крайне ограничены. Поэтому поиск этиологических агентов данных заболеваний является актуальным направлением научных исследований.

В основе реактивного артрита инфекционное начало прослеживается наиболее четко. И здесь «пальму первенства» удерживает хламидийная инфекция. Реактивные артриты, вызванные инфекцией *Chlamydia trachomatis*, встречаются наиболее часто. На втором месте бактерии кишечной группы: иерсинии, сальмонеллы, шигеллы, кампилобактер, а также уреаплазма [1]. В настоящее время большинство исследователей во всем мире считают, что возбудитель воспалительных заболеваний верхних и нижних дыхательных путей *Chlamydia pneumoniae* тоже способен вызвать реактивный артрит.

Что касается этиологии ревматоидного артрита, то она всегда являлась загадкой. Тем не менее, инфекция считалась наиболее вероятным триггером этой болезни. И здесь научный поиск обнаружил частую ассоциацию ревматоидного артрита с инфекцией *Chlamydia trachomatis* и реже с инфекцией *Chlamydia pneumoniae*. Ассоциация РА с этими возбудителями требует иных подходов к диагностике и лечению [2].

Chlamydophilapneumoniae – грамотрицательный патоген, вносящий большой вклад в хроническую патологию во всем мире [3]. И поскольку он относится к атипичным возбудителям, диагностика данной инфекции не простая задача. С этой целью используются 3 группы методов: молекулярно-биологические, серологические и культуральные. «Золотым стандартом» диагностики инфекции *Chlamydophilapneumoniae* считается полимеразная цепная реакция (ПЦР). В дополнение к ПЦР применяется метод иммуноферментного анализа (ИФА), с помощью которого определяют видоспецифические иммуноглобулины IgA, IgM, IgG. Культуральный метод в клинической практике не используется ввиду того, что до сих пор не выделена идеальная клеточная линия для роста данного возбудителя. Что касается ИФА, то, согласно рекомендациям центра по профилактике и контролю за заболеваемостью США и Канады, интерпретировать результаты серологического метода диагностики данной инфекции нужно следующим образом: обнаружение в крови IgM в титре $\geq 1:16$ или четырехкратное повышение титра IgG в парных сыворотках, взятых с интервалом в 2 недели, свидетельствует об острой инфекции. Обнаружение IgG в титре ≥ 512 может свидетельствовать об острой инфекции. Повышение титра IgG $\geq 1:16$ указывает на перенесенную инфекцию [4]. По последним данным, обнаружение в крови IgA и IgG свидетельствует о хронической инфекции *Chlamydophilapneumoniae* [5].

Насколько ценен в диагностике инфекции иммуноферментный анализ у данной категории пациентов? Насколько коррелируют его результаты с результатами ПЦР? В ответах на эти вопросы и заключается цель данного исследования.

Цель и задачи исследования. Проанализировать результаты ИФА у пациентов с реактивным артритом и ревматоидным артритом, ассоциированными с инфекцией *Chlamydophilapneumoniae*.

Материал и методы. Материалом для исследования служили данные анамнеза, объективного обследования, сыворотка крови, эпителий ротоглотки, уретры и цервикального канала. Методы исследования включали: анамнез, осмотр, общий анализ крови, биохимический анализ крови, ИФА и ПЦР в реальном времени. Статистическая обработка данных проводилась с помощью программ: MS Excel и Statistica 10.

Полученные результаты. В Республиканском ревматологическом центре были обследованы 12 пациентов с воспалительными артропатиями, ассоциированными с инфекцией *Chlamydo-philapneumoniae* (7 мужчин и 5 женщин). Средний возраст пациентов 43 года (95% ДИ 32-53). Медиана длительности артрита составила 2,8 лет ($Q_{25} - 0,7$; $Q_{75} - 4$). 7 пациентам выставлен диагноз ревматоидный артрит, ассоциированный с инфекцией *Chlamydo-philapneumoniae* и 5 пациентам – реактивный артрит, ассоциированный с инфекцией *Chlamydo-philapneumoniae*. Связь артропатий с данной инфекцией подтверждалась обнаружением ДНК возбудителя в мазке из полости рта и уретральном соскобе методом ПЦР, а также исключением других возможных артритогенных инфекций: *Chlamydia trachomatis*, *Ureaplasma urealyticum*, *Trichomonas vaginalis*, *Yersinia spp.*, *Salmonella spp.*, *Shigella spp.*, *Herpes simplex 1-2*, *CMV*, *EBV*. Инфекция *Chlamydo-philapneumoniae* была выявлена в мазке из полости рта у 10 пациентов, в мазке из полости рта и уретральном соскобе у 2 пациентов. У всех пациентов определялось содержание видоспецифических иммуноглобулинов в крови к инфекции *Chlamydo-philapneumoniae* методом ИФА. Данные представлены в таблице.

Таблица – Результаты ИФА у пациентов с воспалительными артропатиями, ассоциированными с инфекцией *Chlamydo-philapneumoniae*

Классы иммуноглобулинов	Количество пациентов (n)		
	Положительный	Сомнительный	Отрицательный
Ig M	0	0	0
Ig A	0	0	0
Ig G	4	0	8
Ig M + Ig G	0	1	11
Ig A + Ig G	1	4	7

В результате лишь у 1 пациента из 12 с воспалительными артропатиями, ассоциированными с инфекцией *Chlamydo-philapneumoniae*, обнаружены IgM и IgG, что свидетельствует об острой инфекции. У 4 пациентов обнаружены только IgG в титрах, указывающих на перенесенную инфекцию, и у 5 пациентов обнаружены IgA и IgG, что характерно для хронической персистирующей инфекции.

Таким образом, только у 6 пациентов из 12 данные ИФА соответствовали результатам ПЦР.

Заключение

Вышеизложенное позволяет сделать следующий вывод: однократное определение видоспецифических антител с помощью ИФА не является надежным методом диагностики инфекции *Chlamydo-philapneumoniae* у пациентов данных групп и должен применяться в сочетании с ПЦР в реальном времени.

Литература:

1. Сорока, Н.Ф. Клиническое исследование суставов при ревматических заболеваниях / Н.Ф. Сорока, В.Е. Ягур // Руководство для врачей. Минск. Беларусь. 2006. С. 246.
2. Сорока, Н. Ф. Инфекция *Chlamydo-philapneumoniae* при ревматических заболеваниях / Н. Ф. Сорока, С. В. Шаруба // Здоровоохранение. – 2015. - №10. – С. 69 – 78.
3. Orrskog, S. Causal inference regarding infectious aetiology of chronic conditions: a systematic review / S. Orrskog [et all.] // PLoS One. – 2013. – Vol. 8, №7: e68861
4. Dowell, S. F. Standardizing Chlamydia pneumonia assays: recommendations from the Centers for Disease Control and Prevention (USA) and the Laboratory Centre for Disease Control (Canada) / S. F. Dowell [et all.] // Clin. Infect. Dis. –2001. – Vol. 33, № 4. – P. 492-503.
5. Zeidler, H. New insights into Chlamydia and arthritis. Promise of a cure? / H. Zeidler, A. P. Hudson // Ann. Rheum. Dis. – 2014. – Vol. 73. – P. 641

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ ПОДХОД К СИМПТОМУ ИЗЖОГИ

Шоломицкая И.А., Капралов Н.В.

*УО «Белорусский государственный медицинский университет»,
г.Минск, Республика Беларусь*

Наверное, любой взрослый человек хотя бы единожды в жизни испытал малоприятное физическое ощущение – изжогу. Она представляет собой своеобразное жжение, разливающееся из подложечной (эпигастральной) зоны вверх за грудину. Ее длительность варьирует от нескольких секунд до нескольких часов.