

А. Х. ЕРИДЖАНЯН

ПОКАЗАТЕЛИ СЕКРЕТОРНЫХ ИММУНОГЛОБУЛИНОВ В СЛЮНЕ ЗДОРОВЫХ ДЕТЕЙ

Изучены некоторые показатели местного иммунитета у здоровых детей в возрасте от 2 до 15 лет. Определены нормы содержания секреторных SIgA_1 , SIgA_2 , IgG , IgM иммуноглобулинов в слюне в возрастном и половом аспектах. Установлена корреляционная динамика возрастных изменений секреторного IgA в слюне и сывороточного IgA в крови.

В настоящее время вопрос изучения содержания иммуноглобулинов в секретах, в частности в слюне, у здоровых и больных детей освещен достаточно широко [1—7, 10—11]. Установлено, что уровень секреторных иммуноглобулинов зависит от ряда факторов—возраста, пола, генетических особенностей обследуемых, а также климато-географических условий.

Целью настоящего исследования явилось определение концентраций SIgA_1 , SIgA_2 , IgG , IgM в слюне здоровых детей в условиях Армении, что необходимо для оценки состояния местного иммунитета больного ребенка.

Обследовано 117 практически здоровых детей из организованных коллективов, не болевших в течение последних полутора месяцев (мальчиков—68, девочек—49). Выделены 5 возрастных групп: I группа включает 17 детей в возрасте от 2 до 3 лет, II—28 детей от 4 до 6 лет, III—27 детей от 7 до 9 лет, IV—25 детей от 10 до 12 лет и V группа охватывает 20 детей в возрасте от 13 до 15 лет.

Концентрация иммуноглобулинов SIgA_1 , SIgA_2 , IgG , IgM определялась методом радиальной иммунодиффузии в геле по Mancini [12] с применением моноспецифических α -, γ -, μ -антисывороток и диагностической моноспецифической сыворотки против секреторного иммуноглобулина A человека производства Института им. И. И. Мечникова.

Исходя из того, что иммуноглобулин A может находиться в слюне в сывороточной и секреторной формах и что возможно присутствие свободного компонента (SC), мы использовали сочетание α -антисыворотки с IIS стандартом и комбинацию антисыворотки против секреторного иммуноглобулина A человека с IIS стандартом, получив соответственно показатели SIgA_1 —суммарная концентрация IgA (7S) с SIgA (IIS) и SIgA_2 —суммарное содержание SIgA (IIS) и свободного компонента.

Полученные результаты обработаны статистически, достоверность средних показателей определялась по критерию Стьюдента. Результаты определения количества иммуноглобулинов в слюне здоровых детей в возрастном аспекте приведены в табл. 1.

Как видно из приведенных данных, среднее содержание иммуноглобулинов SIgA_1 , SIgA_2 , IgG в слюне с возрастом увеличивается, особенно в младшем школьном возрасте, что многие исследователи объясняют адаптационной перестройкой организма в этом возрасте [1, 10].

Что же касается IgM, то мы обнаружили его в единичных случаях (в 5 из 117) в незначительном количестве, что согласуется с данными литературы [1, 10]. Появление его в секрете, вероятно, связано с трансудацией его из сыворотки.

Содержание секреторных иммуноглобулинов у здоровых детей в зависимости от пола приведено в табл. 2. Нами обнаружено, что независимо от возраста ребенка различий в количестве IgG в слюне мальчиков и девочек не наблюдается.

Таблица 1
Содержание SIgA₁, SIgA₂ и IgG в слюне здоровых детей, мг% (M±m)

Возрастная группа	Число детей	IgG	P	SIgA ₁	P	SIgA ₂	P
I	17	3,68±0,08	<0,001	10,72±0,64	>0,1	15,88±0,2	>0,1
II	28	4,69±0,16	<0,001	10,28±0,4	<0,001	16,64±0,52	<0,001
III	27	6,88±0,21	>0,5	15,83±0,94	>0,1	26,39±1,04	>0,5
IV	25	7,04±0,26	<0,001	17,83±1,08	>0,25	28,88±0,95	>0,1
V	20	9,44±0,57		19,04±0,96		31,18±1,49	

При анализе SIgA₂ выявляется иная картина: у девочек количество SIgA₂ в возрасте 7—9 лет достоверно больше, чем у мальчиков. С возрастом нарастание SIgA₂ у мальчиков идет интенсивнее, и уже в 13—15 лет существенной разницы в количестве SIgA₂ между мальчиками и девочками нет. Полученные данные, по-видимому, свидетельствуют о постепенном развитии местного иммунитета со значительным подъемом в III возрастной группе, что, возможно, связано с гормональной перестройкой детского организма. При этом немаловажную роль играет степень антигенной стимуляции, зависящая от среды и сроков иммунизации, а также индивидуальные конституциональные особенности [1, 3, 10].

Изменения же, касающиеся SIgA₁, несколько отличаются от SIgA₂ и носят следующий характер: содержание SIgA₁ зависит от пола ребенка лишь в I и II возрастных группах. Причем в отличие от SIgA₂ уровень SIgA₁ в I и V возрастных группах существенно выше у мальчиков по сравнению с девочками. Однако полученные данные о количественном содержании SIgA₁ носят ориентировочный характер, т. к. при использовании комбинации антисыворотки к α-цепи и стандарта SIgA (IIS) даже небольшая примесь 7SIgA завьщает суммарную концентрацию SIgA₁ [9].

При сравнении средних величин секреторного и сывороточного IgA в онтогенезе выявляется идентичная возрастная динамика [4]. По-видимому, клеточным плацдармом синтеза как сывороточного IgA, так и сывороточного IgA, входящего в качестве основных субъединиц в

Таблица 2

Содержание IgG, SIgA₁, SIgA₂ в слюне здоровых детей в зависимости от пола, мг%
(M±m)

Возрастная группа	Число детей		IgG			SIgA ₁			SIgA ₂		
	мальчики	девочки	мальчики	девочки	P	мальчики	девочки	P	мальчики	девочки	P
I	12	5	3,63±0,13	3,80±0,90	>0,25	12,04±0,85	9,40±0,19	<0,01	16,00±0,27	15,60±0,39	>0,25
II	14	14	4,50±0,19	4,89±0,24	>0,1	9,68±0,47	10,89±0,55	>0,1	17,10±0,87	16,18±0,51	>0,25
III	17	10	6,47±0,34	7,35±0,46	>0,1	14,26±1,35	17,40±1,65	>0,1	22,18±1,49	30,60±1,34	<0,001
IV	13	12	6,84±0,42	7,25±0,54	>0,1	18,04±1,83	17,62±1,78	>0,5	27,76±1,50	30,00±0,71	>0,1
V	12	8	8,62±0,80	10,25±1,11	>0,1	21,66±1,20	16,43±1,99	<0,02	31,62±2,23	30,75±2,68	>0,5

структуру секреторного иммуноглобулина, является одна и та же лимфоидная ткань субэпителиальных пространств. Такого же мнения придерживаются Д. В. Стефани, Б. П. Штеренгарц и др. [7, 10].

Таким образом, нами выявлены некоторые особенности становления секреторных иммуноглобулинов в слюне здоровых детей в возрастном и половом аспектах, которые необходимы для оценки состояния местного иммунитета при той или иной патологии. Установлено существование корреляционной динамики возрастных изменений секреторного IgA в слюне и сывороточного IgA в крови.

Кафедра педиатрии педиатрического
факультета Ереванского медицинского
института

Поступила 1/VI 1984 г.

Ա. Խ. ԵՐԻԶՅԱՆԻԱՆ

ՍԵԿՐԵՏՈՐ ԻՄՈՒՆՈԳԼՈԲՈՒԼԻՆՆԵՐԻ ՑՈՒՑԱՆԻՇՆԵՐԸ ԹՔԻ ՄԵՋ ԱՌՈՂՉ ԵՐԵՆԱՆԵՐԻ ՄՈՍ

Որոշված է տեղային իմունիտետի որոշ ցուցանիշների քանակությունը 2—15 տարեկան առողջ երեխաների մոտ:

Որոշված է SIgA, SIgA₂, IgG, IgM իմունոգլոբուլինների քանակությունը թքում՝ կախված երեխայի տարիքից և սեռից: Բացահայտված է թքի SIgA և շիճուկային IgA հասակային փոփոխությունների կորելացիոն դինամիկան:

A. Kh. YERIDJANIAN

INDICES OF SECRETORY IMMUNOGLOBULINS IN SALIVA OF HEALTHY CHILDEN

Some indices of local immunity of healthy children from the age of 2 to 15 are investigated. The norms of concentration of secretorial SIgA₁, SIgA₂, IgG, IgM immunoglobulins in saliva are established with the concern of age and sex.

The correlatwe dynamics of the development of age changes of SIgA saliva and IgA serum is revealed.

Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Ботвиньева В. В., Фокина Т. В., Уланова М. А. и др. Педиатрия, 1981, 4, стр. 37.
2. Ботвиньева В. В., Уланова М. А. МРЖ, раздел V, 1981, 7, стр. 19.
3. Вельтищев Ю. Е., Кисляк Н. С. В. кн.: Справочник по функциональной диагностике в педиатрии. М., 1979, стр. 511.
4. Қюлян Л. А. Ж. экспер. и клин. мед. АН Арм. ССР, 1983, 4, стр. 378.
5. Парцалис Е. М., Ревякина В. А. Педиатрия, 1983, 12, стр. 19.
6. Соколова Т. С., Ревякина В. А., Ботвиньева В. В., Уланова М. А., Жуйковский А. М. Педиатрия, 1982, 8, стр. 22.
7. Стефани Д. В., Вельтищев Ю. Е. В кн.: Клиническая иммунология детского возраста. Л., 1977, стр. 59.
8. Чернохостова Е. В. ВАН СССР, 1974, 3, стр. 81.
9. Шварцман Я. С., Хазенсон Л. Б. В кн.: Местный иммунитет. Л., 1978, стр. 49.
10. Штеренгарц Б. П., Стефани Д. В., Лазарев В. Н., Манис В. П. и др. ЖМЭИ, 1977, 1, стр. 23.

11. Щеплягина Л. А., Стефани Д. В. Педиатрия, 1980, 11, стр. 23.
12. Mancini Q., Carbonara A. O., Hermans J. F. Immunochemistry, 1955, 2, 235.

УДК 616.8—009.17—053.7

Т. В. ВЛАДИМИРОВА, Н. И. ВАРТАНОВА

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ АСТЕНО-НЕВРОТИЧЕСКИХ И АСТЕНО-ДЕПРЕССИВНЫХ СОСТОЯНИЙ В ЮНОШЕСКОМ ВОЗРАСТЕ И ПРОБЛЕМЫ ИХ РАСПОЗНАВАНИЯ

Проведено обследование больных юношеского возраста с клинической картиной, характеризующейся повышенной утомляемостью, снижением работоспособности, падением психической активности, потерей побудительных импульсов, протекающих с депрессивными расстройствами в стертой или видоизмененной форме, что свойственно для аффективных расстройств в этом возрасте. Выявлены некоторые закономерности течения, синдромальной принадлежности и возрастные особенности при данных состояниях.

Юношеский возраст характеризуется, как известно, наибольшей частотой дебютов эндогенных психических заболеваний и декомпенсаций расстройств пограничного круга. Многими современными исследователями [1—4, 6—11] подробно описаны наиболее специфичные для этого возраста психопатологические синдромы (гебоидный, дисморфобический, юношеской метафизической интоксикации, психастеноподобный, деперсонализационный) и представлены критерии их нозологической и синдромальной оценки. Следует сказать, что правильная оценка этих состояний в диагностическом плане весьма актуальна и представляет большие трудности. А. А. Северный [5], изучив невыборочную популяцию студентов, установил, что больные с симптомокомплексом так называемой юношеской астенической несостоятельности составляют 1/3 всех обратившихся впервые к психиатру и 55% всех диспансеризованных по психическому заболеванию студентов.

Нами обследовано 40 больных, находившихся на стационарном лечении в клинике НИИ клинической психиатрии ВНЦПЗ АМН СССР в период с 1983 по 1984 г., и 25 больных, проходивших стационарную военно-психиатрическую экспертизу на базе Ереванского городского психо-неврологического диспансера. Больные были в возрасте от 16 до 25 лет. По социальному составу преобладали студенты вузов и ученики старших классов средних школ.

Клиническая картина заболевания характеризовалась повышенной утомляемостью, резким снижением работоспособности, падением психической активности, потерей побудительных импульсов. Таким образом, ведущие проявления ограничивались астеническими и субдепрессивными регистрами незначительной выраженности других позитивных проявлений (сверхценные, сенесто-ипохондрические, деперсонализационные, дереализационные, идеи отношения, чаще сензитивного характера, обсессивные и др). В целом состояние больных определялось астено-анергическим симптомокомплексом, в структуре которого, хотя и с определенной долей условности, можно выделить астенический, аффектив-