

Л. Г. АТАНЕСЯН, Ж. И. АСРАТЯН, А. Д. МХИТАРЯН, А. М. КАЗАРЯН

ХАРАКТЕРИСТИКА СЫВОРОТОЧНЫХ ИММУНОГЛОБУЛИНОВ
ПРИ САЛЬМОНЕЛЛЕЗЕ ТИФИМУРИУМ У ДЕТЕЙ ПЕРВОГО
ГОДА ЖИЗНИ

Изучен гуморальный иммунитет по уровню сывороточных иммуноглобулинов основных классов G, M, A в динамике сальмонеллезной инфекции у детей первого года жизни. Выявлена зависимость иммунного ответа от тяжести, характера течения болезни, сроков заболевания, вида вскармливания. Рекомендовано раннее включение в комплексное лечение больных заместительной и стимулирующей терапией.

За последние годы изменилась структура острых кишечных инфекций у детей. Возросла роль условно-патогенных микробов. В то же время заболеваемость сальмонеллезом остается высокой, особенно у детей раннего возраста. В силу анатомо-физиологических особенностей организма детей первого года жизни острые желудочно-кишечные заболевания протекают у них в тяжелой форме с высоким процентом летальности. Изучение этиологической структуры кишечных инфекций у детей раннего возраста (по материалам II детской инфекционной клинической больницы) показало, что сальмонеллез занимает ведущее место (75, 7%) как моноинфекция (67, 2%), так и в сочетаниях с условно-патогенной флорой.

При кишечных инфекциях у детей, протекающих со значительными изменениями всех видов обмена веществ, важная роль придается иммунологической реактивности организма, в частности, выработке специфических гуморальных антител [1, 2, 4]. В связи с этим нами изучен гуморальный иммунитет по уровню сывороточных иммуноглобулинов основных классов G, M, A в динамике сальмонеллезной инфекции в зависимости от сроков заболевания, характера течения болезни, вида вскармливания. Концентрация иммуноглобулинов определялась методом радиальной иммунодиффузии по Манчини. Полученные данные сравнивались с нормативными показателями: IgG— $8,47 \pm 0,67$, IgM— $0,7 + 0,08$, IgA— $0,42 \pm 0,02$ г/л. Иммунный ответ изучался у детей первого года жизни, больных тяжелой формой сальмонеллеза тифимуриум. В возрасте от 1 до 6 месяцев было 65, от 6 до 12—35 детей, из них 62 мальчика и 38 девочек. Преобладающее большинство детей находилось на раннем смешанном (17,8%) и искусственном вскармливании (71,1%), лишь 11% детей находилось на естественном вскармливании.

У значительной части больных выявлен неблагоприятный преморбидный фон (рахит, экссудативный диатез). Явления гипотрофии различной степени обнаружены у 67,2% наблюдаемых детей. У обследованных больных в анамнезе отмечалась анемия (13,1%), перенесенные ОРЗ, бронхопневмония, отит или кишечная инфекция (20%). В основном дети поступили в клинику в поздние сроки болезни, только 16 больных поступило в стационар на 1-й неделе от начала заболевания, остальные—на 2 и 3-й неделе и позже. Это объясняется тем, что многие де-

ти были переведены из других стационаров города и районов республики.

Общее состояние при поступлении было тяжелым или крайне тяжелым за счет кишечного токсикоза с эксикозом, преимущественно II—III степени, в сочетании с бронхопневмонией (55) и ОРЗ (17). У 6 больных выявлена генерализованная, у остальных гастроинтестинальная форма сальмонеллеза. У 45% больных детей отмечалось затяжное течение сальмонеллеза с длительным (более 6 недель) поражением желудочно-кишечного тракта.

Таблица 1

Концентрация сывороточных иммуноглобулинов у детей первого года жизни, больных сальмонеллезом тифимуриум, в динамике болезни

Сроки заболевания в неделях	Стат. показатель	Иммуноглобулины (г/л), $M \pm m$		
		G	M	A
I n=11	P	$10,47 \pm 1,34$ >0,05	$0,604 \pm 0,05$ >0,05	$0,57 \pm 0,07$ >0,05
II n=18	P	$13,37 \pm 0,92$ <0,001	$0,47 \pm 0,07$ <0,001	$0,483 \pm 0,05$ <0,05
III n=26	P	$14,96 \pm 0,6$ <0,001	$0,55 \pm 0,04$ <0,001	$0,58 \pm 0,04$ <0,01
IV n=11	P	$12,56 \pm 0,82$ <0,01	$0,71 \pm 0,045$ >0,05	$0,452 \pm 0,07$ >0,05

Как показали результаты наших исследований, при неосложненном течении сальмонеллеза у детей на 1-й неделе болезни концентрация им-

Таблица 2

Концентрация сывороточных иммуноглобулинов у детей первого года жизни, больных сальмонеллезом тифимуриум и бронхопневмонией, в динамике болезни

Сроки заболевания в неделях	Стат. показатель	Иммуноглобулины (г/л), $M \pm m$		
		G	M	A
I n=11	P	$8,92 \pm 0,59$ >0,05	$0,645 \pm 0,023$ >0,05	$0,697 \pm 0,07$ <0,001
II n=16	P	$10,29 \pm 0,78$ >0,05	$0,65 \pm 0,021$ >0,05	$0,66 \pm 0,11$ <0,001
III n=48	P	$10,196 \pm 0,36$ <0,01	$0,59 \pm 0,02$ <0,001	$0,66 \pm 0,034$ <0,001
IV n=11	P	$13,08 \pm 0,6$ <0,001	$0,547 \pm 0,055$ <0,05	$0,59 \pm 0,052$ <0,01

муноглобулинов классов M и A была в пределах нормы, что говорит о запаздывании первичной ответной реакции В-клеток (табл. 1). На 2 и 3-й неделе болезни концентрация иммуноглобулинов в сыворотке крови достоверно повышается, затем несколько снижается к 4-й неделе, оставаясь довольно высокой, по сравнению с нормой. Концентрация IgM при неосложненной форме сальмонеллеза снижается на 2 и 3-й, нормализуясь к 4-й неделе болезни. Уровень IgA остается без видимых сдвигов на протяжении всего заболевания.

У детей, больных сальмонеллезом, осложненным бронхопневмонией, выявлена дисиммуноглобулинемия. Как видно из табл. 2, концентрация IgG на 3-й неделе достоверно повышается, достигая максимума к 4-й неделе болезни. Концентрация IgM была без изменений на ранних этапах заболевания (первые две недели), затем в более поздние сроки болезни имела тенденцию к снижению, не нормализуясь к периоду репарации. При наслоении ОРЗ отмечалось достоверное повышение концентрации IgA в сыворотке крови с самого начала и до 4-й недели болезни. Известно, что сывороточные IgA принимают участие в опсонизации (цитотлизе) инфекционных агентов [5]. Значит, их роль должна увеличиваться при наличии патологического процесса не только в желудочно-кишечном тракте, но и в бронхолегочной системе. Все 11 детей с неблагоприятным исходом заболевания поступили в поздние сроки болезни (4-я неделя и позже). У них выявлена дисиммуноглобулинемия, отражающая состояние иммунодефицита, отмечались разнонаправленные отклонения иммунных показателей: как низкие, так и высокие значения IgG (от 4,8—6 до 16,2—24,0 г/л); концентрация IgM колебалась от 0,6—0,38 до 1,0 г/л. У всех детей этой группы содержание IgA в сыворотке крови было повышено (от 0,5 до 0,85 г/л).

Нами изучена концентрация сывороточных иммуноглобулинов в зависимости от характера вскармливания, так как известно, что дети, находящиеся на искусственном вскармливании, чаще и тяжелее болеют кишечными инфекциями. Результаты наших исследований показали, что при искусственном вскармливании наблюдается более поздняя выработка IgG (к 3-й неделе болезни) и более высокие показатели концентрации IgA на 1 и 2-й неделе болезни с постепенной нормализацией к 3 и 4-й неделе болезни.

Таким образом, у детей, больных сальмонеллезом тифимуриум, выявлена зависимость иммунного ответа от тяжести, характера течения болезни, сроков заболевания и вида вскармливания, что диктует необходимость включения в комплексное лечение заместительной и стимулирующей терапии в ранние сроки болезни.

Кафедра инфекционных болезней с детскими инфекциями и вирусологией ЕРГИУВ, II детская инфекционная клиническая больница

Поступила 23. X. 1985 г.

Լ. Գ. ԱՔԱՆՅԱՆ, Ժ. Ի. ՀԱՍՐԱՔՅԱՆ, Ս. Գ. ՄԵՒՔԱՐՅԱՆ, Ա. Մ. ՂԱԶԱՐՅԱՆ

ՍԱԼՄՈՆԵԼԼՈԶ ՏԻՖԻ ՄՈՒՐԻՈՒՄՈՎ ՄԻՆՁԵՎ ՄԵԿ ՏԱՐԵԿԱՆ ՀԻՎԱՆԻ ԵՐԵՅԱՆՆԵՐԻ ՄՈՏ ՇԻՃՈՒԿԱՅԻՆ ԻՄՈՒՆՈԳԼՈՒԲՈՒԼԻՆՆԵՐԻ ԲՆՈՒՔԱԳՐՈՒՄԸ

Մինչև մեկ տարեկան սալմոնելոզով հիվանդ երեխաների մոտ ուսումնասիրվել է հիմնական իմունոգլոբուլինների G, A, M խմբերի դինամիկ փոփոխությունները:

Հետազոտված երեխաների մոտ հայտնաբերվել է որոշակի կախվածություն օրգանիզմի իմուն պատասխանի և հիվանդության ժանրության, ժամկետի, ընթացքի, երեխայի կերակրման բնույթի միջև: Առաջարկվում է կոմպլեքսային բուժման մեջ հիվանդության վաղ շրջանում կիրառել փոխարինող և խթանող միջոցներ:

L. G. ATANESSIAN, Zh. I. HASRATIAN, A. D. MKHITARIAN, A. M. GHAZARIAN
CHARACTERISTICS OF THE SERUMAL IMMUNOGLOBULINS IN
SALMONOLLOSIS TYPHI MURIUM IN CHILDREN IN THE FIRST
YEAR OF LIFE

The humoral immunity is studied in children with salmonellosis by the level of serumal immunoglobulins of G, M, A classes in the dynamics.

The dependence of the immune response on the gravity, character, clinical picture, terms of the disease and the way of feeding is found out. Recommendations are made, concerning the peculiarities of the complex treatment of the children with this pathology.

Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Ачиллов У. Автореф. дисс. канд. М., 1973.
2. Беженарь В. М., Чинуша В. П. В кн.: Тез. докл. Всесоюзн. научн. конф. М., 1983, с. 21.
3. Болек А. С. В кн.: Тез. докл. Всесоюзн. научн. конф. М., 1983, с. 77.
4. Румянцева Т. А. Автореф. дисс. канд. М., 1977.
5. Шляхов Э. Н. Андригш Л. П. Иммунология. М., 1985.

УДК 616.233 : 615.373—053.2

Л. А. КЦОЯН, В. А. СЕРОБЯН, Н. П. КАРАПЕТЯН

ПРОГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ОПРЕДЕЛЕНИЯ
СОДЕРЖАНИЯ Т-ЛИМФОЦИТОВ И СЫВОРОТОЧНЫХ
ИММУНОГЛОБУЛИНОВ G, A, M У ДЕТЕЙ
С НЕСПЕЦИФИЧЕСКОЙ БРОНХОЛЕГОЧНОЙ
ПАТОЛОГИЕЙ В ПЕРИОД ОБОСТРЕНИЯ
ЗАБОЛЕВАНИЯ

Определялись некоторые показатели иммунитета у детей с бронхолегочной патологией неспецифического характера с целью прогнозирования течения заболевания.

Установлено, что дальнейшая частота рецидивов заболевания не зависит от уровня Т-лимфоцитов и IgG и А в период обострения заболевания. Исключение может составить IgM.

Известно, что патология органов дыхания определяется не только особенностями возбудителя, но и состоянием иммунологической реактивности организма.

Согласно имеющимся в литературе данным, большинством исследователей [1, 2, 8—11] изучены те или иные иммунологические показатели при различных формах неспецифической бронхолегочной патологии в период обострения заболевания. Однако в доступной нам литературе мы нашли лишь единичные публикации [3, 4], посвященные оценке определения иммунологических показателей в период обострения неспецифической патологии органов дыхания у детей для прогнозирования течения заболевания.

Цель настоящей работы состоит в определении некоторых показателей иммунитета у детей с бронхолегочной патологией неспецифического характера с целью прогнозирования течения заболевания.