

## ИММУНОКОМПЕТЕНТНОСТЬ ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

УГМА, Центр лабораторной диагностики заболеваний матери и ребёнка,  
Екатеринбург, МУ "Детская инфекционная больница"

Дети раннего возраста имеют низкие показатели гуморального иммунитета и поэтому чаще подвержены вирусным и бактериальным инфекциям. В первые 3-4 мес. жизни ребёнка защищают иммуноглобулины G матери, которые проникают через плаценту. Однако к 4-9 месяцам жизни в результате катаболизма IgG матери концентрация их снижается и развивается транзиторная гипогаммаглобулинемия, когда показатели IgG остаются ниже 2,0 г/л, а уровень IgM и IgA соответствуют норме или снижен.

Целью данной работы была оценка формирования гуморального иммунитета у детей раннего возраста.

Под наблюдением находилось 43 ребёнка, которым был установлен диагноз транзиторной младенческой гипогаммаглобулинемии. Все дети были неоднократно обследованы иммунологически.

Оценка иммунного статуса по гуморальному звену проводилась в динамике до нормализации показателей иммуноглобулинов. Период наблюдения за такими детьми составил от полутора до двух лет. Тридцати двум пациентам (75%) диагноз был поставлен в возрасте до года, одиннадцати (25%) – после года.

Среди многократно обследованных пациентов можно было выделить две группы:

- первая – клинически здоровые дети;
- вторая – дети с возможно персистирующими вирусными и рецидивирующими микробно-воспалительными заболеваниями на фоне гипогаммаглобулинемии.

Первая группа не нуждается в заместительной терапии, во второй группе пациентов она была необходима. Из 43 детей заместительную терапию (све-

жезамороженная плазма, цитотект, пентаглобин, иммуноглобулин) получили 24 ребёнка (56%) и 19 детей (44%) не получали таковой.

Показатели иммуноглобулинов у детей до проведения заместительной терапии составили в среднем: IgG –  $2,3 \pm 0,5$  г/л, IgM –  $0,41 \pm 0,1$  г/л, IgA –  $0,17 \pm 0,05$  г/л. После лечения количество иммуноглобулинов класса G составило  $5,0 \pm 1,0$  г/л, IgM –  $0,62 \pm 0,2$  г/л, IgA –  $0,17 \pm 0,1$  г/л.

У 38 детей наблюдались стойкие нормальные показатели иммуноглобулинов в катамнезе. Но у пяти человек уровень иммуноглобулинов через 2-3 мес. вновь снижался до исходных низких показателей, что в ряде случаев требовало повторной заместительной, а также этиотропной и патогнетической терапии.

Этиотропное лечение проводилось всем детям с клиническими проявлениями внутриутробных инфекций. Эффективность лечения оценивалась по клинико- лабораторным показателям.

Одним из методов оценки иммунокомпетентности детей является определение способности выработки антител к прививаемым инфекциям. С этой целью 21 ребенок в возрасте от 6 мес. до 1,5 лет с диагнозом: транзиторная гипогаммаглобулинемия был вакцинирован в отделении клинической иммунологии. До и после вакцинации показатели клеточного звена были в пределах возрастной нормы. Отмечалось снижение показателей гуморального звена: IgG до  $2,5 \pm 0,5$  г/л, IgM –  $0,46 \pm 0,1$  г/л, IgA –  $0,16 \pm 0,05$  г/л до вакцинации. При повторном иммунологическом обследовании, которое проводилось после вакцинального комплекса АКДС (через 5-8 мес. после первого обследования), уровень IgG и IgA увеличился в 2,5 раза, IgM – в 2 раза. Осложнений вакцинации не зарегистрировано. До вакцинации дети не имели титров к прививаемым инфекциям. После вакцинации логарифм среднегеометрической титра антител к столбняку составил 7, к дифтерии – 5.

Таким образом, дети с транзиторной гипогаммаглобулинемией иммунокомпетентны и способны адекватно отвечать на антигенное воздействие адаптивно-компенсаторной реакцией.