

риметамином в комбинации с сульфаниламидом, что позволяет получить ремиссию на длительный срок у 87,5% больных.

Е.А. Шамова

ИММУНОЛОГИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ЛИКОПИДА У ДЕТЕЙ С СУДОРОЖНЫМ СИНДРОМОМ

УГМА, МУ “Детская инфекционная больница”

Эпилептический синдром является самым распространенным из серьезных неврологических расстройств и одним из наиболее частых нарушений функций организма в детском возрасте. Значительную роль в развитии судорожных пароксизмов играют несколько факторов, а именно, наличие перинатальной патологии, наследственность, возраст ребенка. Как правило, подходы к диагностике эписиндрома у детей чаще всего сводятся к изучению анамнеза, характера и частоты припадков, а также результатов дополнительного исследования (ЭЭГ, ЭХО-ЭС, КТ и МРТ головного мозга). Характеру иммунных отклонений у таких детей не уделяется должного внимания, хотя в работах многих исследований доказано взаимодействие иммунной и нервной систем. Установлены основные пути и механизмы функционирования ансамбля этих систем, имеются сведения о закономерностях иммунорегулирующего влияния нервной системы, данные об участии иммунной системы в регуляции функций нервной системы.

Цель нашего исследования заключалась в оценке иммунологических показателей у детей с судорожным синдромом. Под наблюдением находилось 37 детей в возрасте от 3 до 7 лет с различными формами эпилептического синдрома. В анамнезе заболевания у всех детей отмечались повторные припадки на протяжении не менее 1,5 лет. Оценка иммунного статуса включала определение субпопуляционного состава Т- и В-лимфоцитов, иммуноглобулинов, а также показателей активности и завершенности фагоцитоза. Для идентификации популяций лимфоцитов использовали моноклональные

антитела (CD3, CD4, CD8, CD19). Учитывая, что в происхождении разных форм эпилепсии существенное значение имеют экзогенные воздействия и органическое поражение мозга, больные дети были разделены на 4 группы: I – дети с эписиндромом без сопутствующей патологии; II – дети с эписиндромом, инфицированные ЦМВ; III – дети с эписиндромом и органическим поражением ЦНС; IV – дети с эписиндромом и сопутствующими заболеваниями (ЖКТ, ЛОР-патология, аллергодерматозы и др.). Во всех группах детей наблюдались низкие показатели активности и завершенности фагоцитоза. Снижено количество лимфоцитов в I ($2,91 \pm 0,31 \times 10^9/\text{л}$), III ($3,89 \pm 0,54 \times 10^9/\text{л}$) и IV ($3,3 \pm 0,2 \times 10^9/\text{л}$) группах, а у детей, инфицированных ЦМВ (II группа), выявился также низкий уровень Ig G ($6,4 \pm 0,95 \text{ г/л}$).

Нам представляется, что выявленные нарушения следует отнести к признакам вторичного иммунодефицитного состояния. Это подтверждается и наличием у больных детей признаков снижения противоинфекционной защиты, поскольку у 58% из них отмечались частые респираторно-вирусные инфекции. Исходя из этого, было предложено проведение иммунокорректирующей терапии во всех группах. Препаратом выбора стал ликолипд. Его назначали внутрь по 1 мг (1 таблетка) в один прием утром натощак в течение 10 дней. Повторное иммунологическое обследование проводилось через 2 мес.

Под влиянием ликолипида значительно улучшились показатели фагоцитоза в I, II, IV группах ($p < 0,05$). У детей II группы показатели IgG повысились до возрастной нормы ($7,1 \pm 0,71$). Стимулирующее действие ликолипида оказал и на уровень популяций Т- и В-лимфоцитов, хотя общее количество пула лимфоцитов повысилось незначительно.

Проведенное исследование позволяет сделать следующие выводы. У детей с эпилептическими припадками наблюдается снижение показателей иммунной системы, а именно Т- и В-лимфоцитопения, низкая активность и завершенность фагоцитоза. При оценке иммуномодулирующего эффекта ликолипида выявлено увеличение содержания рецепторных клеток субпопуляций

лимфоцитов и повышение значений показателей фагоцитарного звена иммунитета.

Л.Г. Юферова, Е.П. Старцева, А.Б. Шлыкова

ИММУНОЛОГИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ВАКЦИНАЦИИ ДЕТЕЙ МОНОВАКЦИНАМИ (ЖКВ И ЖВП) И ПОЛИВАКЦИНОЙ (MMR – II)

Городское управление здравоохранения, МУ “Детская инфекционная больница”, Центр лабораторной диагностики заболеваний матери и ребенка, Екатеринбург

Сотрудниками Центра клинической иммунологии была проведена работа по изучению иммунологической перестройки при вакцинации детей против кори и паротита.

Цель работы – дать сравнительную характеристику формированию специфического иммунитета у детей в возрасте от 12 до 15 мес. при вакцинации моновакцинами против кори и паротита и ассоциированной вакциной MMR-II.

Для проведения прививок использованы вакцины, имеющие сертификат национального органа контроля России – ЖКВ, живая коревая вакцина, ЖВП, живая паротитная вакцина, MMR-II фирмы «МеркИларДоум», США, ассоциированная вакцина против кори, паротита, краснухи.

Исследования показали, что одновременное введение нескольких вакцин не сопровождается угнетением иммунного ответа к какому - либо из антигенов. Это объяснимо с точки зрения клональной теории иммунитета – для выработки иммунного ответа требуется ограниченное число Т- и В- лимфоцитов, которые, взаимодействуя между собой, формируют клон В клеток, вырабатывающий соответствующие антитела и сохраняющие эту способность в своей памяти. Макроорганизм постоянно сталкивается с огромным числом антигенов, обеспечивая защиту внутренней среды. Ответ на одновременное введение нескольких вакцин не должен составлять исключения (Бернет Ф, 1981 г.).