

На вакцинацию против паротита у всех детей зарегистрирован адекватный иммунный ответ. Средние титры антител составили  $0,4 \pm 0,1$ . Логарифм среднегеометрической титра антител к кори составил  $4,11 \pm 0,03$  с колебаниями показателей от нуля до 1:160; 78% детей остались с исходным нулевым титром, у 20 % детей титры составили 1:20. У всех детей выявлена способность к адекватному иммунному ответу при вакцинации. Специфический иммунитет после вакцинации ЖПВ и MMR-II сформировался у всех привитых пациентов, титры антител были выше 0,2.

Таким образом, нами выявлено, что вакцина MMR-II более эффективна против кори у детей данного возраста(12-15 мес.), уровень специфических антител соответствовал исходному, то есть нулевому.

Следовательно, активная иммунизация детей групп риска против кори и паротита одновременно не вызывает иммуносупрессии. Отсюда можно сделать вывод о возможной конкуренции антигенов вакцинных штаммов вирусов кори и паротита в процессе становления иммунного ответа у детей данной группы или недостаточной иммуногенности ЖКВ.

С.И. Воронова, С.В. Казанцева, И.А. Власова

## **КЛИНИКО-ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ХРОНИЧЕСКОГО САЛЬПИНГООФОРИТА**

ГКБ № 40, Екатеринбург, УГМА

Воспалительные процессы придатков матки занимают лидирующее место в структуре гинекологической патологии. В 70-80% случаев сохраняется длительная персистенция возбудителей, и заболевание принимает затяжной характер, переходя в хроническую форму. Результатом является развитие бесплодия, внематочной беременности, заболеваний мочевыводящей системы, внутриутробной инфекции плода и новорожденного. Возникновение осложнений часто обусловлено поздним выявлением и неэффективностью терапии.

Цель работы – изучить клинические особенности и иммунологические изменения при хроническом сальпингофорите.

Обследовано 37 женщин репродуктивного возраста. Диагноз хронического сальпингофорита ставился на основании клинического осмотра и был подтвержден ультразвуковым исследованием. Длительность заболевания колебалась от 1 до 12 лет.

Для уточнения этиологии заболевания использовали традиционные бактериоскопические и бактериологические методы, цитологический анализ, ПЦР. Иммунологические показатели оценивали в 1 фазу менструального цикла до начала лечения и через 1-6 месяцев по окончании основного курса. Экспрессию поверхностных маркеров определяли моноклональными антителами фирмы «МедБиоСпектр» (г. Москва). Общепринятыми методами определяли количества сывороточных иммуноглобулинов классов G, A, M и содержание циркулирующих иммунных комплексов (ЦИК), НСТ- и фагоцитарную активность нейтрофилов. Для оценки местного иммунитета определяли S-IgA и лизоцим шеечно-вагинального секрета.

У большинства пациенток проявления урогенитального инфицирования носили многоочаговый характер: воспалительные процессы шейки матки (эрозия, эндоцервицит, хронический цервицит) обнаружены у 70,2 % больных, кольпит – у 45,9 %. При этом тянущие боли в низу живота и/или в поясничной области отмечали 48,6 % женщин, неприятные выделения из половых путей – 59,4 %, нарушения менструального цикла (по типу альгоменореи, гиперполименореи, гипоменструального синдрома) – 40,5%, нарушение генеративной функции (бесплодие) – 16,2% пациенток. В анамнезе у 78,3% женщин отмечены искусственные (от 1 до 7) и самопроизвольные (1-2) аборты.

На момент обследования 21,6% больных указывали на периодическое применение барьерной контрацепции, 18,9% использовали ВМС, 8,1% – КОК.

В структуре экстрагенитальной патологии преобладали воспалительные процессы желудочно-кишечного тракта (у 48,6%), почек и мочевыводя-

щих путей (у 40,5%). У 24,3% больных выявлены структурно-функциональные изменения щитовидной железы.

Среди выделенных микроорганизмов чаще всего встречались возбудители ИППП (уреаплазмы, вирус простого герпеса, хламидии – в 56,2, 40,7 и 36,1% соответственно), которые более чем у половины пациенток сочетались с условно-патогенными стафилококками или стрептококками. У 68,5% диагностированы дисбиотические состояния влагалища.

У больных с хроническим сальпингоофоритом в 89,2% отмечены изменения иммунологических показателей: уменьшение значений CD3+, увеличение CD8+ и CD20+ клеток. Фагоцитарное звено иммунитета характеризовалось отсутствием повышения НСТ-активности и снижением фагоцитарной активности. При изучении местного иммунитета выявлено снижение секреторного IgA и повышение уровня лизоцима у 91,4% пациенток.

Нарушение колонизационной резистентности и иммунологического барьера на уровне нижнего отдела генитального тракта создают условия для восходящего инфицирования.

Некорректная контрацепция и внутриматочные вмешательства являются фактором риска развития воспалительного процесса. Наличие экстрагенитальных очагов хронической инфекции и ассоциаций микроорганизмов-возбудителей приводят к истощению компенсаторных механизмов и развитию иммунологической недостаточности. При этом формируется определенный порочный круг: существующие иммунологические нарушения способствуют хронизации процесса.

Для достижения клинического выздоровления в комплекс терапии должна входить обязательная коррекция иммунологических и эндокринных нарушений, дисбиотических процессов, сопутствующих соматических заболеваний. С целью предупреждения осложнений показано лечение малосимптомных, стертых форм хронического сальпингоофорита.