

ски достоверно сниженными показателями sIgA ( $0,07 \pm 0,02$ ) и статистически достоверно увеличенными показателями лизоцима ( $21,6 \pm 4,2$ ). Повышение количества лизоцима в вагинальном секрете указывает на активацию местных макрофагально-фагоцитарных защитных механизмов. В этой группе 5 детей родились здоровыми и 10 новорожденных имели признаки внутриутробного инфицирования. В третьей группе женщины имели признаки глубокого иммунодефицита по данным показателей местных факторов неспецифической резистентности организма, а именно, статистически достоверное, по сравнению с контрольной группой, снижение и показателей sIgA ( $0,04 \pm 0,01$ ), и показателей лизоцима ( $3,03 \pm 1,4$ ). Большинство детей у женщин данной группы (9 из 11 новорожденных) родились с признаками внутриутробного инфицирования: омфалит, конъюнктивит, везикулез, внутриутробная пневмония.

Таким образом, наличие урогенитальной инфекции со слабой выраженностью воспалительного процесса приводит к изменению показателей иммунной защиты организма. Результаты исследования должны учитываться при назначении терапии инфекционной патологии урогенитального тракта, включая проведение иммунокоррекции.

И.В. Карцева, А.М. Чередниченко

## **ОЦЕНКА ИММУНОЛОГИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА С РАЗЛИЧНЫМИ КЛИНИЧЕСКИМИ ВАРИАНТАМИ РЕЦИДИВИРУЮЩИХ РЕСПИРАТОРНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ**

УГМА, городская детская больница № 11, Екатеринбург

Рецидивирующие респираторные заболевания (РРЗ) относятся к актуальным проблемам педиатрии.

У части детей раннего возраста на определенном этапе развития болезни происходит переход от одной клинической формы РРЗ – рецидивирующих ринофарингитов к рецидивирующим бронхитам и пневмонии. В связи с

этим возникает вопрос о состоянии иммунитета у детей с различными клиническими вариантами РРЗ.

Цель исследования – анализ иммунных показателей у детей раннего возраста с рецидивирующими ринофарингитом, бронхитом и пневмонией.

Обследовано 45 детей в возрасте 2 – 3 лет, имевших в анамнезе более четырех – пяти эпизодов респираторных заболеваний в год. Было выделено 3 группы больных, репрезентативных по возрасту, анамнестическим данным и физическому развитию. Первую группу составили больные с рецидивирующим ринофарингитом, в ряде случаев в сочетании с отитом (15 человек). Ко второй группе были отнесены дети с рецидивирующим бронхитом без обструкции (15 человек). Третью группу составили больные с рецидивирующей пневмонией (15 человек). В контрольную группу вошли 10 эпизодически болеющих детей соответствующего возраста. Определяли содержание основных классов иммуноглобулинов (G, M, A), ЦИК, комплемента, Т- и В-лимфоцитов, реактивность нейтрофилов по реакции восстановления нитросинего тетразолия (НСТ-тест).

Чтобы дать прогностическую оценку состояния здоровья детей, исследование проводили через 2 недели после клинического выздоровления (таблица).

Как видно из таблицы, при всех клинических вариантах РРЗ наиболее выраженными оказались изменения уровня Ig M: они в 1,5 раза превысили аналогичный показатель у эпизодически болеющих детей. В то же время, только у больных с рецидивирующим бронхитом наблюдалась тенденция к снижению содержания Ig G, а у больных с рецидивирующей пневмонией – повышение уровня Ig A. Спонтанный НСТ-тест, отражающий уровень функционального раздражения нейтрофилов, был повышен, вероятно, в связи с активацией микробной микрофлоры в верхних дыхательных путях.

Обращало на себя внимание повышение уровня комплемента наряду со сниженным количеством ЦИК во всех обследуемых группах больных.

Иммунологические показатели у детей раннего возраста  
и клинические варианты РРЗ

Показатели	Клинические варианты			Контроль- ная группа
	Рецидиви- рующий ринофарин- гит	Рецидиви- рующий бронхит	Пневмония	
Ig G, г/л	7,5 ± 0,68	6,90 ± 0,55	8,58 ± 0,60	8,0 ± 0,35
Ig M, г/л	1,31 ± 0,15	1,26 ± 0,21	1,57 ± 0,24	0,97 ± 0,06
Ig A, г/л	0,65 ± 0,07	0,59 ± 0,13	0,72 ± 0,15	0,56 ± 0,04
ЦИК, ед.	40,6 ± 4,66	47,06 ± 6,44	45,26 ± 6,76	52,9 ± 4,38
НСТ-тест, %	19,73 ± 4,05	17,8 ± 3,26	18,53 ± 2,85	15,80 ± 0,75
СН50, ед.	57,52 ± 1,51	57,64 ± 1,54	57,11 ± 1,90	40,30 ± 0,76
Т-лимф, %	43,6 ± 3,28	42,83 ± 4,13	47,42 ± 3,01	60,0 ± 3,2
В-лимф, %	9,86 ± 1,08	10,93 ± 2,67	10,73 ± 2,08	15,0 ± 1,6
Т-лимф, абс	1,76 ± 0,14	1,85 ± 0,24	1,90 ± 0,24	2,11 ± 0,12
В-лимф, абс	0,41 ± 0,06	0,46 ± 0,11	0,46 ± 0,10	0,52 ± 0,04

Последнее могло быть связано с отставанием потребления комплемента для образования иммунных комплексов, что характерно для заболеваний не аллергической, а инфекционной этиологии.

Не менее ярко выраженными оказались изменения клеточных иммунных реакций – отчетливо прослеживалась Т лимфопения в относительных и абсолютных числах. Указанные изменения меньше касались В лимфоцитов.

Таким образом, для больных с РРЗ различных клинических форм на фоне клинического выздоровления характерен дисбаланс иммунных реакций в виде преимущественно первичного иммунного ответа, Т лимфопении, низкого содержания ЦИК, гиперкомplementемии, повышенного уровня спонтан-

ного НСТ-теста. Длительный дисбаланс иммунных реакций у детей с РРЗ является прогностически неблагоприятным признаком, обуславливающим их повторную заболеваемость.

Н.Е. Санникова, И.В. Вахлова, Я.Б. Бейкин

## **ИММУННЫЙ СОСТАВ ГРУДНОГО МОЛОКА У ЖЕНЩИН ЕКАТЕРИНБУРГА**

УГМА, Центр лабораторной диагностики заболеваний матери и ребенка,  
Екатеринбург

При рождении ребенка происходит интенсивная колонизация кожных покровов и слизистых оболочек инфекционными агентами. Залогом полноценного развития ребенка, всех его органов и систем, в том числе и иммунной системы, является рациональное вскармливание новорожденного, а именно — естественное вскармливание. К числу уникальных свойств женского молока относится высокое содержание в нем защитных факторов. Обладая прямым или косвенным антиинфекционным действием, они способствуют поэтапному созреванию собственных иммунологических механизмов защиты у младенца.

В течение ряда лет на кафедре педиатрии детских болезней УГМА проводятся исследования защитного комплекса грудного молока у женщин г. Екатеринбурга. Нами изучались уровни S IgA, IgA, IgG и лизоцима в женском молоке различных сроков лактации. Определение иммуноглобулинов проводилось по методу Mancini (1965), определение лизоцима по методу О.В. Бухарина (1974). Значения SIgA в зрелом молоке от 1 до 13 мес. лактации находились в пределах от 0,8 до 6,3 мг/мл, среднее содержание составило  $2,53 \pm 0,22$  мг/мл, что несколько выше данных аналогичных исследований, приводимых в литературе. Было проанализировано содержание SIgA, IgA, IgG и лизоцима в грудном молоке первых трех месяцев лактации у женщин, отличительной особенностью состояния здоровья которых являлась железодефицитная анемия (таблица).