

< 0,025). У одного ребенка в 6-и месячном возрасте и у одного – в 9-и месячном возрасте, вероятно, стали появляться собственные антитела к ВИЧ (произошло нарастание спектра антител и появились антитела к белкам трех генов, тогда как в 3-месячном возрасте они были у одного ребенка к белкам одного, а у второго к белкам двух генов). У одного ребенка при этом наблюдалось значительное повышение уровня Ig всех классов, увеличение ЦИК до 441 ед. и угнетение клеточного звена иммунитета (CD3 до 1,89; CD4 до 1,53 и CD8 до 0,29 x 10E3).

Таким образом, наличие ВИЧ-инфекции у беременной женщины оказывает влияние на состояние иммунной системы ребенка. Формирование адаптивных реакций у детей происходило через угнетение В-клеточного звена иммунитета. С течением времени у детей предположительно неинфицированных ВИЧ (с катаболизмом материнских антител) наблюдались менее выраженные изменения показателей иммунного статуса, чем у детей, предположительно инфицированных ВИЧ (с нарастанием показателей ИБ).

Н.С. Петрович, В.В. Базарный, О.М. Лесняк

## **К ВОПРОСУ О ЗНАЧЕНИИ ИММУНОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ СИНОВИАЛЬНОЙ ЖИДКОСТИ В ОЦЕНКЕ ПАТОЛОГИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ**

УГМА

В клинической практике для оценки состояния внутрисуставной среды, степени выраженности воспалительного или регенераторного процесса обычно выполняют стандартное лабораторное исследование синовиальной жидкости (СЖ). В последние годы в алгоритме анализа СЖ особое место занимают иммунологические методы. Однако их клинико-диагностическая информативность требует определенного уточнения, что определило цель данной работы.

Обследовано 34 пациента (24 женщины и 10 мужчин), которым согласно критериям классификации Американского Колледжа Ревматологов (1987) был выставлен диагноз ревматоидный артрит, 15 из них была установлена серопозитивная форма. Синовиальную жидкость получали путем артроцентеза коленного сустава по общепринятой методике. Иммунологическое исследование СЖ включало следующий комплекс тестов – определение сывороточных иммуноглобулинов А, М, G; концентрации С-реактивного белка, циркулирующих иммунных комплексов, активности белков системы комплемента, концентрации интерлейкина-1 $\beta$  и фактора некроза опухоли- $\alpha$ , ревматоидного фактора и ряда фагоцитарных тестов. Эти же показатели были определены и в венозной крови пациентов. Статистическая обработка данных проведена с использованием принципов вариационной статистики с помощью стандартного пакета программ.

Анализ полученных данных выявил у больных ревматоидным артритом значительное повышение концентрации в синовиальной жидкости сывороточных иммуноглобулинов, особенно ИГG, циркулирующих иммунных комплексов, белков системы комплемента, интерлейкина-1 $\beta$  и фактора некроза опухоли- $\alpha$ . При этом уровень С-реактивного белка оставался невысоким. В сравнении с показателями синовиальной жидкости в крови отмечалось лишь незначительное нарастание уровня ИГG, интерлейкина-1 $\beta$  и фактора некроза опухоли- $\alpha$ . Ревматоидный фактор в дебюте ревматоидного артрита обнаруживался нами в синовиальной жидкости в более высоких титрах, чем в сыворотке крови. У части больных, которым диагностирована серонегативная форма ревматоидного артрита, ревматоидный фактор обнаруживался в небольших титрах только в синовиальной жидкости. Кроме того, при ревматоидном артрите наряду с повышением количества нейтрофилов в синовиальной жидкости, отмечается их высокая фагоцитарная активность. Причем индекс фагоцитоза и фагоцитарное число, характеризующие количество фагоцитов и степень поглощения ими антигенных час-

тиц, а также уровень кислородного метаболизма, фиксированный в НСТ-тесте, почти в два раза превышают аналогичные показатели нейтрофилов крови.

Полученные данные убедительно показывают большую выраженность локальных внутрисуставных иммунных реакций по сравнению с системными реакциями организма при ревматоидном артрите. Можно предположить, что регуляторы этих процессов имеют «местное» происхождение. Это диктует необходимость включения в план комплексного обследования пациентов с данной патологией ряда иммунологических тестов, характеризующих активность процесса (иммуноглобулины, фагоцитарная активность, С-реактивный белок).

С.С. Григорьев

## **РОЛЬ ЭУБИОТИКА «БИОСПОРИН» В КОРРЕКЦИИ МИКРОФЛОРЫ ПОЛОСТИ РТА У БОЛЬНЫХ С СИНДРОМОМ ШЕГРЕНА**

УГМА

В отечественной и зарубежной литературе имеются исследования, посвященные изучению патогенеза, клиники, морфологии, иммунологии, состояния слюнных желез, стоматологического статуса и использования лекарственных препаратов при синдроме Шегрена (СШ).

Учитывая, что значительная роль в развитии симптомов заболевания при СШ со стороны полости рта принадлежит дисбиотическим изменениям, целесообразно изучить необходимость коррекции микрофлоры полости рта. С этой целью нами использован эубиотик «Биоспорин».

Под наблюдением в клинике терапевтической стоматологии УГМА находились 106 пациентов с синдромом Шегрена. При обследовании пациенты предъявляли жалобы на периодическое увеличение околоушных слюнных желез, светобоязнь, сухость красной каймы губ, заеды в области углов рта, жжение и болезненность слизистой оболочки полости рта. Имели место и