

иммунокомпетентными клетками, но и любыми другими клетками организма, обуславливая функциональное единство организма. При первичной иммунной недостаточности, возможно, нарушается презентация чужеродных антигенов, что проявляется как адаптационная реакция организма.

Выводы

1. При различных формах первичной иммунной недостаточности в фенотипе больных преобладают антигены гистосовместимости I класса В7, В8 и В18.

2. Присутствие в фенотипе антигенов гистосовместимости I класса В7 и В8, вероятно, можно ассоциировать с наличием селективной недостаточности IgA.

3. Снижение показателей CD8 и повышение уровня иммуноглобулинов IgG и IgM проявляется как адаптационная реакция организма при первичной иммунной недостаточности.

Список литературы

1. *Петров Р.В., Хаитов Р.М., Манько В.М., Михайлова А.А.* Контроль и регуляция иммунного ответа – Л.: Медицина, 1981. – 311 с.
2. *Говалло В.И.* Иммунология тканевой несовместимости. – М.: Медицина, 1971. – 203 с.
3. *Зарецкая Ю.М.* Клиническая иммуногенетика. – М.: Медицина, 1983. – 208 с.
4. *Зарецкая Ю.М., Абрамов В.Ю.* Новые антигены тканевой несовместимости человека. – М.: Медицина, 1986. – 175 с.

А.Р. Файрузова
*Уральская государственная
медицинская академия,
Центр лабораторной диагностики*

ДИНАМИКА ИММУНОЛОГИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПРИ КЛЕБСИЕЛЛЕЗНОМ ЭНТЕРОКОЛИТЕ У НОВОРОЖДЕННЫХ

Изучению особенностей развития иммунной системы новорожденных уделяется пристальное внимание в научной ли-

тературе. Интерес обусловлен уникальностью процессов становления иммунитета как у здоровых детей, так и при развитии инфекционной патологии [1, 2]. Уточнение иммуногенеза позволит оптимизировать процесс лечения и реабилитации новорожденных [3].

Цель работы – прогностическая оценка динамики иммунологических показателей при клебсиеллезном энтероколите у новорожденных.

Методы исследования и пациенты

Под наблюдением находились 37 новорожденных, получавших лечение в 1-м отделении инфекционного корпуса МУ ДГБ № 11 г. Екатеринбурга, с основным диагнозом «клебсиеллезный энтероколит». Обследование включало стандартные клиничко-бактериологические методы. Иммунологическое обследование проводилось на базе Центра лабораторной диагностики (главный врач – д.м.н., проф. Я.Б. Бейкин) в первые 3–5 дней с момента поступления, т.е. в острый период болезни, и в динамике через 10–11 дней, в начале реконвалесценции. Показатели иммунитета изучали методом проточной цитофлюориметрии на проточном цитофлюориметре «FacsCap» фирмы «Becton-Dickinson».

Пациенты были разделены на две группы по исходу заболевания. Первая группа составила 23 ребенка, выписанных из стационара с выздоровлением. Вторая группа – 14 детей, выписанных с улучшением по основному заболеванию. Средний возраст новорожденных при поступлении в обеих группах составил 20 ± 1 день, средняя масса при рождении не имела различий в группах, была соответственно $3,27 \pm 0,1$ и $3,3 \pm 0,1$ кг.

Результаты исследования и их обсуждение

Дети первой группы поступали в первые три дня от начала заболевания (61 %). Отмечались боли в животе (52 %), водянистый стул 3–5 раз в сутки (56 %), срыгивания (43 %), малая прибавка веса (35 %). Состояние при поступлении оценено среднетяжелым у 87 %, тяжелым – у 13 % больных (3 ребенка). Наличие нескольких очагов инфекции выявлено у каждого второго новорожденного. На грудном вскармливании находились 43 % детей этой группы.

Новорожденные второй группы поступали чаще с длительным, более недели, течением заболевания (57 %). Отмечались боли в животе (78 %), водянистый стул 3–5 раз в сутки (50 %) со слизью (50 %), проявлениями гемоколита (14 %), срыгивания (28 %), малая прибавка веса (14 %). В тяжелом состоянии при поступлении было 5 детей (35,6 %), остальные – в среднетяжелом (64,3 %). Несколько очагов инфекции было у 42,8 % новорожденных. На грудном вскармливании находились 71 % детей этой группы.

Все дети получали антибактериальную (амикацин либо клафоран), инфузионную терапию в течение 8,4 и 8,7 дня соответственно. Среднее время пребывания в стационаре составило $14,9 \pm 4,3$ и $13,7 \pm 4,1$ койкодней.

При анализе стартовых иммунограмм у новорожденных первой группы было выявлено нормальное количество лейкоцитов, гранулоцитов, моноцитов. Отмечается лимфопения за счет уменьшения числа Т-цитотоксических клеток и В-лимфоцитов ($p < 0,05$), снижен уровень НК, тенденция к повышению Т-хелперов. Уровень IgG соответствует норме, снижен уровень IgM.

У детей второй группы в разгар заболевания также отмечен нормальный уровень лейкоцитов, гранулоцитов, но выявлена тенденция к повышению моноцитов, снижение Т-лимфоцитов ($p < 0,05$) за счет Т-хелперов, Т-супрессоров, В-лимфопения ($p < 0,05$), снижен уровень НК. Уровень IgG и IgM не отличался от такового в первой группе.

В динамике у новорожденных, достигавших клинического выздоровления, происходит снижение количества моноцитов, нарастание В-лимфоцитов, остается сниженным уровень Т-цитотоксических, НК-клеток. Нарастает уровень IgM, концентрация IgG не меняется.

У новорожденных группы с клиническим улучшением к моменту выписки отмечено снижение гранулоцитов, моноцитов, нарастание количества В-лимфоцитов, остается сниженным уровень Т-цитотоксических клеток ($p < 0,05$). Более чем в два раза нарастает уровень IgM, концентрация IgG не меняется.

Таблица 1

**Динамика иммунологических показателей
при клебсиеллезном энтероколите**

Показатели	Норма	I группа, n = 23		II группа, n=14	
		разгар	реконвал.	разгар	реконвал.
		x ± m	x ± m	x ± m	x ± m
Лейкоциты, x 10 ⁹ /л	10,9 ± 0,4	9,38 ± 0,46	9,8 ± 0,44	9,79 ± 0,76	8,67 ± 0,98
Лимфоциты, x 10 ⁹ /л	7,02 ± 0,35	5,48 ± 0,21 p < 0,05	6,13 ± 0,3	5,05 ± 0,49 p < 0,05	6,11 ± 0,68
Гранулоциты, x 10 ⁹ /л	3,2 ± 0,21	3,06 ± 0,20	3,02 ± 0,15	3,43 ± 0,29	2,44 ± 0,46
Моноциты, x 10 ⁹ /л	0,61 ± 0,06	0,62 ± 0,08	0,39 ± 0,05 p < 0,05	0,85 ± 0,14	0,49 ± 0,07 p < 0,05
НСТспонт, %		13,33 ± 1,57	16,75 ± 1,72	10,09 ± 1,38	14 ± 3,38
IgG, г/л	6,05 ± 0,24	6,52 ± 0,46	5,6 ± 0,52	5,88 ± 0,54	5,53 ± 0,76
IgM, г/л	0,96 ± 0,06	0,43 ± 0,05	0,66 ± 0,08	0,52 ± 0,07	1,12 ± 0,21 p < 0,05
IgA, г/л	0,12 ± 0,01	0,03 ± 0,01		0,02 ± 0,01	
Т-лимф., x 10 ⁹	4,08 ± 0,17	4,14 ± 0,17	4,10 ± 0,22	3,09 ± 0,27 p < 0,05	3,66 ± 0,43
В-лимф., x 10 ⁹	1,59 ± 0,16	0,84 ± 0,09 p < 0,05	1,29 ± 0,11	0,57 ± 0,08 p < 0,05	1,0 ± 0,15 p < 0,05
Т-хелперы, x 10 ⁹	2,7 ± 0,12	3,05 ± 0,14 p < 0,05	3,00 ± 0,18	2,37 ± 0,24 p < 0,05	2,6 ± 0,31
Т-цитотокс., x 10 ⁹ /л	1,3 ± 0,1	0,92 ± 0,05 p < 0,05	0,89 ± 0,05	0,71 ± 0,07 p < 0,05	0,67 ± 0,04 p < 0,05
НК, x 10 ⁹	0,61 ± 0,09	0,41 ± 0,06	0,49 ± 0,08	0,48 ± 0,12	0,54 ± 0,1
ЦИК	30 ± 2,9	12,15 ± 2,16	7,54 ± 1,4	13 ± 2,27	6 ± 1,23

Выводы

1. Общей закономерностью в острый период клебсиеллезного энтероколита является В-лимфопения, снижение Т-цитотоксических клеток, натуральных киллеров.

2. В первой группе выявлено нормальное количество Т-лимфоцитов в острый период и в период реконвалесценции,

что, возможно, способствовало более быстрому выздоровлению пациентов данной группы.

3. У новорожденных обеих групп происходит формирование первичного иммунного ответа с нарастанием IgM в стадию реконвалесценции.

Список литературы

1. Шабалов Н.П., Иванов Д.О. Сепсис новорожденных // Педиатрия. – 2003. – № 5. – С. 46–49.
2. Володин Н.Н., Дегтярева М.В. Иммунология перинатального периода: проблемы и перспективы // Педиатрия. – 2001. – № 4. – С. 4–7.
3. Володин Н.Н. Фармакотерапия в неонатологии // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. – 2002. – Т. 1. – № 1. – С. 23–27.

**В.В. Фомин, Е.А. Шмакова,
О.П. Ковтун, Я.Б. Бейкин**
*Уральская государственная
медицинская академия,
Городской центр лабораторной
диагностики, Городская клиническая
больница № 40*

ВТОРИЧНАЯ ИММУННАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ ПРИ ЭПИЛЕПТИЧЕСКИХ СИНДРОМАХ У ДЕТЕЙ

Распространенность эпилепсии в общей популяции составляет 5–10 случаев на 1000, тогда как распространенность судорог – в 3 раза больше. Многолетние наблюдения показывают, что частота встречаемости конкретного типа эпилептических синдромов переменна [1, 2, 5].

В изучении патогенеза эпилептических синдромов дискуссионными остаются вопросы, указывающие на участие факторов, реализующих атопический и иммунокомплексные процессы. Полученные ранее результаты исследований указывают, с