

Влияние хронических очагов инфекции на иммунный статус часто болеющих острыми респираторными инфекциями

О. М. Хромцова
Уральский медицинский институт
г. Екатеринбург

Острая респираторная инфекция (ОРИ) — наиболее частое заболевание дыхательной системы. В нашей стране ежегодно регистрируется 70—80 млн случаев таких заболеваний, а с учетом атипичных и нерегистрируемых случаев это число, вероятно, значительно выше (предположительно 150—160 млн в течение года) [2]. Меры, направленные на снижение заболеваемости ОРИ, до настоящего времени оказывались недостаточно эффективными ввиду высокой изменчивости возбудителей, их способности длительное время персистировать в человеческой популяции в виде латентных и хронических форм и высокой контагиозности, обуславливающей эпидемическое течение заболеваний. В условиях промышленного производства наиболее значительную роль в структуре нетрудоспособности играют такие заболевания, как ОРИ, пневмония, обострения хронического бронхита [7].

Общезвестно, что ОРИ опасны своими осложнениями. У больных с хроническими заболеваниями внутренних органов они нередко ухудшают их течение. Под влиянием наиболее часто обостряются хронические неспецифические заболевания легких и бронхиальная астма. Инфекционные агенты дыхательных путей способствуют сенсibilизации и к небактериальным антигенам. Простудные заболевания рассматриваются как фактор, ухудшающий течение заболеваний гепатобилиарной системы, мочевыводящих путей и т. д. Имеется категория больных, у которых в фазу реконвалесценции наблюдается синдром поствирусной астении [6]. Его клинической сущностью являются психовегетативные нарушения, спровоцированные ОРИ.

Цель работы — выявление иммунологической недостаточности и определение ее характера у часто болеющих ОРИ, в том числе у имеющих хронические очаги инфекции (ХОИ).

В медсанчасти производственного объединения «Ма-

шностроительный завод им. М. И. Калинина» обследовано 75 рабочих и служащих (43 мужчины и 32 женщины) в возрасте от 18 до 60 лет (средний возраст 37,1 года), из них 75 % — рабочие, 25 % — инженерно-технические работники, болеющие ОРВИ три раза в год и более. Из них ХОИ выявлены у 42 (56 %): тонзиллит — у 11, бронхит — у 7, гайморит — у 3, пиелонефрит — у 14, холецистит и ангиохолит — у 7. Не диагностировано ХОИ у 33 человек (44 %). Необходимо отметить, что после перенесенной ОРВИ в течение 2—3 нед. у больных (33 %) наблюдалась быстрая утомляемость, сердцебиение, слабость, потливость, периодический субфебрилитет.

Иммунный статус исследовали в период отсутствия ОРВИ и обострения сопутствующих заболеваний.

Контрольная группа из 57 здоровых людей была сопоставима по полу и возрасту с основной группой.

Оценка иммунного статуса [3] включала определение относительного и абсолютного числа лимфоцитов периферической крови, Т-лимфоцитов в тесте Е-розеткообразования; постановку нагрузочных тестов с теофиллином; выявление «активных» лимфоцитов; определение количества В-лимфоцитов в реакции М-розеткообразования и концентрации сывороточных иммуноглобулинов классов А, М и G; исследование фагоцитарной активности нейтрофилов по НСТ-тесту; подсчет количества «нулевых» клеток.

В группе часто болеющих ОРВИ, имеющих ХОИ (табл.), в сравнении средних показателей с контролем выявлено достоверное снижение количества «активных» и теофиллинрезистентных (ТФР) лимфоцитов, концентрации IgA в сыворотке крови и фагоцитарной активности нейтрофилов по НСТ-тесту, а также достоверное увеличение концентрации IgG.

При анализе иммунологических показателей у часто болеющих ОРВИ без очагов хронической инфекции обнаружено лишь достоверное увеличение числа «нулевых» и теофиллинчувствительных (ТФЧ) лимфоцитов.

Проведено также изучение типов иммунного статуса по методике Р. В. Петрова и И. В. Орадовской [4, 5]. В группе часто болеющих ОРВИ с очагами хронической инфекции нормальная иммунограмма встречалась у 20 % больных. У 46 % выявлялся тип с угнетением клеточного звена и одновременной активацией тех или иных гуморальных факторов. В группе больных без очагов

хронической инфекции нормальная иммунограмма отмечена у 28 %, а преобладал тип с изолированной супрессией клеточного иммунитета.

Таблица 1

Сравнение иммунологических показателей у больных, имеющих очаг хронической инфекции и без них, с контрольной группой ($M \pm m$)

Показатель	Часто болеющие с очагами хронической инфекции (n=42)	Часто болеющие без очагов хронической инфекции (n=33)	Контрольная группа (n=57)
Т-лимфоциты, % $\times 10^9/\text{л}$	$48,625 \pm 0,242$ $0,803 \pm 0,036$	$49,624 \pm 0,925$ $0,812 \pm 0,052$	$52,912 \pm 1,143$ $0,848 \pm 0,040$
«Активные» Т-лимфоциты, % $\times 10^9/\text{л}$	$28,285 \pm 1,343^*$ $0,516 \pm 0,040^*$	$32,448 \pm 1,144$ $0,592 \pm 0,035$	$39,420 \pm 1,199$ $0,624 \pm 0,029$
В-лимфоциты, % $\times 10^9/\text{л}$	$11,121 \pm 0,522$ $0,176 \pm 0,021$	$10,358 \pm 0,288$ $0,168 \pm 0,012$	$10,281 \pm 0,378$ $0,165 \pm 0,009$
«Нулевые» лимфоциты, % $\times 10^9/\text{л}$	$44,166 \pm 1,552$ $0,684 \pm 0,056$	$45,848 \pm 1,448^*$ $0,796 \pm 0,049^*$	$36,807 \pm 1,173$ $0,587 \pm 0,031$
ТФР Т-лимфоциты, % $\times 10^9/\text{л}$	$28,892 \pm 0,716^*$ $0,496 \pm 0,034^*$	$31,166 \pm 1,016$ $0,522 \pm 0,022$	$37,053 \pm 0,980$ $0,591 \pm 0,027$
ТФЧ Т-лимфоциты, % $\times 10^9/\text{л}$	$16,322 \pm 0,848$ $0,296 \pm 0,024$	$18,461 \pm 0,535$ $0,320 \pm 0,016^*$	$15,667 \pm 0,758$ $0,255 \pm 0,018$
Иммуноглобулины, г/л:			
IgA	$1,125 \pm 0,106^*$	$1,510 \pm 0,135$	$1,916 \pm 0,105$
IgM	$1,368 \pm 0,104$	$1,367 \pm 0,086$	$1,384 \pm 0,071$
IgG	$16,664 \pm 0,612^*$	$14,542 \pm 0,515$	$13,660 \pm 0,606$
НСТ-тест, %	$5,14 \pm 0,36^*$	$6,24 \pm 0,41$	$7,48 \pm 0,29$

Примечание: * — показатель достоверности различий с контрольной группой ($p < 0,05$).

После санации ХОИ медикаментозными и немедикаментозными средствами наблюдалась нормализация средних показателей концентрации IgG в сыворотке крови и повышение фагоцитарной активности нейтрофилов, тогда как остальные иммунологические тесты не претерпевали существенной динамики.

Результаты проведенных исследований свидетельствуют о наличии существенных сдвигов в иммунном статусе у часто болеющих ОРВИ, особенно имеющих ХОИ.

санация которых приводит к нормализации лишь отдельных показателей. Это обосновывает необходимость комплексного подхода к оздоровлению больных, предусматривающего наряду с санацией очагов хронической инфекции индивидуальную иммунокоррекцию с использованием физических и медикаментозных методов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Багирова Г. Г. // Тер. архив.— 1992.— № 1.— С. 103—106.
2. Крылов А. А. // Тер. архив.— 1993.— № 3.— С. 48—54.
3. Методическая разработка «Иммунный статус, критерии его оценки, принципы назначения иммунокорригирующих препаратов».— Киев, 1989.— 53 с.
4. Орадовская И. В. Иммунологический мониторинг больших групп населения, включая контингент лиц, участвовавших в ликвидации последствий аварии на Чернобыльской АЭС: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук.— М., 1991.— 56 с.
5. Петров Р. В., Орадовская И. В. // Тез. докл. Всесоюзной конф. «Экологические аспекты иммунопатологических состояний».— Алма-Ата, 1990.— Т. 1.— С. 1—2.
6. Смирнова Л. Е., Волков В. С., Кириленко Н. П. // Тер. архив.— 1993.— № 1.— С. 63—67.

Выявление дефицита железа у часто болеющих острыми респираторными инфекциями

О. М. Хромцова, Э. А. Кулешова
Уральский медицинский институт
г. Екатеринбург

Железодефицитная анемия (ЖДА)— широко распространенное заболевание, при котором снижается содержание железа в сыворотке крови, костном мозге и депо. В результате этого нарушается образование гемоглобина, возникают гипохромная анемия и трофические расстройства в тканях. По данным ВОЗ, приблизительно 700 млн человек на земле страдают дефицитом железа [2]. Явный или латентный, он регистрируется у 30 % всех женщин. Главной его причиной являются кровопотери: явные или скрытые, незначительные, но постоянные. У женщин в этом случае на первом месте, как правило, оказываются обильные и длительные менструации, у мужчин — небольшие кровопотери из ЖКТ или мочевыводящих путей.