

ствуют многочисленные доказательства того, что формирование популяций антигенспецифических клеток происходит не только в тех участках слизистых покровов, где имело место антигенное воздействие, но и на значительном удалении от него (концепция общности иммунной системы слизистых). Целью исследования явилось определение особенностей формирования местного клеточного противохолеерного иммунитета в зависимости от способа аппликации Аг и выявление наиболее перспективного метода введения иммуногенов для достижения максимального выраженного эффекта от иммунизации. Процессы формирования местного клеточного иммунитета при разных способах введения холерного токсина (ХТ) (подкожном, пероральном и интраназальном) оценивались по пролиферативной активности лимфоцитов пейеровых бляшек (ПБ) мышей в РБТЛ в микромодификации (Хоробрых В.В с соавт., 1983).

Проведённые исследования пролиферативной активности лимфоцитов (Лф) при подкожном введении ХТ свидетельствуют о слабой вовлечённости ПБ в процесс иммуногенеза. Наилучшие результаты получены при интраназальной аппликации ХТ: к 14 дню исследования индекс стимуляции (ИС) антигенспецифической бласттрансформации лимфоцитов ПБ составил 7,8. Изучение митогениндуцированной пролиферативной активности общего пула Лф ПБ мышей, иммунизированных ХТ, выявило, что подкожное введение ХТ снижает пролиферацию Т-Лф при их стимуляции КонА, в то время как непарентеральные способы введения ХТ усиливают этот процесс. При этом, хотя пероральное введение ХТ в меньшей степени, чем подкожное, нарушает пролиферацию Т-Лф, - ИС в обоих случаях ниже, чем при интраназальном введении Аг. Кроме того, пероральное введение ХТ, как и подкожное, подавляет пролиферацию В-Лф, но в меньшей степени. Аналогичные изменения обнаружены при изучении пролиферативной активности отдельных популяций Лф ПБ: в ответ на подкожное введение ХТ развивается функциональная недостаточность Лф, проявляющаяся временным снижением пролиферации Т- и В-Лф в ответ на митогены в течение 3 недель после вакцинации. Способность В-Лф отвечать пролиферацией на митоген восстанавливалась на 4 неделе после иммунизации. При непарентеральных способах введения ХТ пролиферация Т-Лф в ответ на КонА не нарушалась. Интраназальная иммунизация ХТ выявила у В-Лф явную тенденцию к увеличению пролиферации на всех этапах поствакцинального периода, что свидетельствует об её активирующем влиянии на механизмы местного иммунитета, реализуемые в ПБ.

Т.о., наши исследования свидетельствуют, что наиболее оптимальным способом введения иммуногена для формирования местного противохолеерного иммунитета является интраназальная иммунизация, а самым неадекватным – подкожное введение Аг.

Особенности инфекционного статуса и картины крови у детей с лимфоаденопатией

Ведь В.В., Сотникова Н.Ю., Левенец А.Я.,
Козлова О.Б.

ГУ «Ивановский научно-исследовательский институт материнства и детства им. В.Н. Городкова» МЗ РФ, Ивановская областная клиническая больница, Иваново

Лимфоаденопатия является одним из проявлений латентной вирусной инфекции. Природа этого синдрома остается недостаточно четко изученной, однако чаще всего ее развитие связано с инфекционным фактором. Принято считать, что лимфоаденопатия сопровождается лейкомоидной реакцией. В то же время, реакция других ростков гемопоэза практически не отражена в литературе.

В связи с этим, целью нашей работы было уточнить, какие именно инфекционные агенты и гематологические отклонения ассоциируются с развитием лимфоаденопатии у детей старшего возраста.

Всего обследовано 50 детей в возрасте 7-14 лет с диагнозом лимфоаденопатия. Все дети обследованы в соответствии со стандартом. Исследование инфекционного фона проводили методом твердофазного иммуноферментного анализа на приборе Мультискан (Labsystems, Finland) с использованием тест-систем ЗАО «Вектор-Бест» (Новосибирск). Определялись IgG и IgM антитела к следующим возбудителям: хламидиям, токсоплазме, токсокарам, цитомегаловирусу, вирусу простого герпеса 1 и 2 типа, вирусу Эпштейна-Барр (IgGEA, IgGNA). С дифференциально-диагностической целью определялись антитела к ВИЧ, а также исследовалась реакция Вассермана. У всех больных определялись показатели периферической крови, характеризующие 3 ростка кроветворения.

Получены следующие результаты: IgG антитела в высоком титре к хламидиям обнаружены у 3 из 50 больных (6%), IgM АТ – у 2 детей (4%). У большинства больных (88%) выявлялись АТ против вируса Эпштейна-Барр, из них у 8% больных обнаруживались IgGEA АТ, у 36% - сочетание IgGEA и IgGNA АТ, у 44% - только IgGNA АТ. АТ к другим видам инфекций встречались значительно реже: у 20% больных были найдены поздние антитела к токсоплазме, 20% больных - к токсокаре, 30% - к ЦМВ, 44% - к ВПГ 1 и 2 типа, ранние антитела ни к одной из перечисленных инфекций обнаружены не были. При этом выявлено, что у 20% больных выявлялась только 1 инфекция (у подавляющего большинства – ВЭБ-инфекция), у 40% детей обнаружены одновременно 2 инфекции (ВЭБ в сочетании с ВПГ или ЦМВ в равной пропорции). У 28% больных выявлены одновременно 3 инфекции (ЭБВ в сочетании с ВПГ и ЦМВ, а также токсоплазмозом или токсокарозом) и у 10% больных – 4 инфекции (ЭБВ в сочетании с перечисленными выше инфекциями). У 2% детей изучавшиеся виды инфекции не выявлялись. Гематологические расстройства у обследованных детей заключались в следующем: ускоренное СОЭ была выявлена у 22%, анемия – у 18%, ретикулоцитоз – у 66%, тромбоцитоз – у 92% (тромбоцитопения в нашем наблюдении не определялась), лейкопения – у 10%, лейкоцитоз – у 20% больных. В лейкоцитарной формуле в 100% случаев было отмечено

но наличие лимфомононуклеаров (от 5 до 75%), причем на фоне абсолютного лимфоцитоза у 24% и лимфопении – только у 4% больных. В 72% случаев абсолютное количество лимфоцитов не выходило за пределы нормальных величин. У всех больных отмечено наличие плазматических клеток в количестве 1-5% (зрелые и созревающие формы).

Моноцитоз встречался лишь у 12% больных, причем его выраженность была незначительной. Абсолютная нейтропения была отмечена у 56% больных, нейтрофиллез в обследуемой группе детей не наблюдался. Таким образом, основным фактором, участвующим в развитии лимфоаденопатии у детей старшего возраста, является вирус Эпштейна-Барр, однако важное значение имеют вирусные и вирусно-бактериальные ассоциации. Наиболее четкими маркерами лимфоаденопатии являются наличие лимфомононуклеаров, тромбоцитоз и ретикулоцитоз.

К вопросу о взаимосвязях HBV-, HCV- и HIV- инфекций при их сочетанном течении

Веревищikov В.К., Борзунов В.М.

*Уральская государственная медицинская академия,
Екатеринбург*

Увеличение числа вирусных агентов, вызывающих воспалительный процесс в печени, появление в последние годы новых возможностей их диагностики, возрастание случаев микст-инфекций и расширение спектра противовирусных препаратов заставляют более пристально взглянуть на проблему сочетанных заболеваний.

Среди различных сочетаний возбудителей, вызывающих вирусный гепатит (ВГ) на первое место выходит смешанная HBV/HCV-инфекция как в остром, так и хроническом вариантах ко- и суперинфекций. Подобное сочетание особенно актуально у лиц, употребляющих внутривенно психоактивные средства, имеющих и ВИЧ-инфекцию. В данных случаях определение "ведущей" инфекции, определяющей основную тяжесть процесса, представляет значительные трудности.

При смешанной инфекции вирусами гепатитов В и С в ряде состояний наблюдается феномен интерференции, приводящий к взаимному ингибированию двух геномов, в других случаях – кумулирующий эффект, приводящий к более быстрому и глубокому прогрессированию патологического процесса в печени, чем при моноинфекции. По-видимому, как и в целом патогенез гемоконтактных вирусных гепатитов, данное обстоятельство определяется характером иммунного ответа организма в ответ на инфекционный агент. Что касается доминирующей активности между HBV и HCV, то сведения у разных авторов прямо противоположные как в пользу первого, так и второго. В подобных ситуациях, по нашему мнению, немаловажной является последовательность инфицирования вирусами, а следовательно, и патогенетический вариант заболевания в зависимости от манифестации той или иной инфекции. В большинстве верифицированных по указанному признаку случаев наблюдается репликация только HCV, что может в некоторой степени

определяться внепеченочной локализацией вирусной активности.

Ситуацию смешанного инфицирования гепатотропными вирусами в значительной мере осложняет присоединение ВИЧ-инфекции. Как следует из наших исследований, в большинстве случаев вирусные гепатиты в варианте моно- или уже микст-инфекции предшествуют заражению HIV. Решение вопроса как "поведет себя" печень и каковы будут возможности и приоритеты в противовирусной терапии во многом зависит от стадии развития болезни по каждой этиологической составляющей. Достаточно достоверным считается, что ВИЧ-инфекция ускоряет естественное течение хронического гепатита С и вместе с тем, она не мешает лечению хронической HCV-инфекции. С другой стороны, ВГС-инфекция не оказывает видимого влияния на темпы прогрессирования ВИЧ-инфекции, но вносит определенные трудности в лечение последней, так как признаки гепатотоксичности антиретровирусных препаратов наблюдаются у микст-инфицированных ВИЧ и ВГС с самого начала их применения. Иммуносупрессия, связанная с воздействием ВИЧ, не может не отразиться на течении, клинических и лабораторных проявлениях вирусного гепатита С. Точно также состояние печени скажется на функциональных показателях иммунитета, а значит и на развитие ВИЧ-инфекции, вторичных поражений и эффективности проводимой терапии.

Таким образом, выбирая протокол лечения, как вирусных гепатитов, так и ВИЧ-инфекции, необходимо иметь четкие представления о последовательности приобретения инфекций, их длительности, стадии активности с учетом репликации вирусов, состоянии иммунного статуса, что возможно только по совокупности всего спектра клинических и лабораторных признаков и параметров. Ответственность больного заключается в соблюдении принципа приверженности терапии в силу сроков ее продолжительности, достаточной и правильной дозированности и отказа от всех отягощающих лечение субъективных состояний.

Клинико-эпидемиологическая характеристика вирусной инфекции неуточненной этиологии

Витковская В.А.

*Астраханская государственная медицинская
Академия, Астрахань*

С 2003 года инфекционные заболевания, протекающие с лихорадкой неуточненной этиологии, стали объединять под рубрикой ВИН (вирусная инфекция неуточненная). С этим диагнозом из отделения выписано 219 человек (15,2 %) от общего количества пролеченных больных. Основная масса 84 % - 177 случаев лечилась в III квартале 2003 года. Мужчин было 65,8 %, женщин – 34,2 %. Городские жители составили 62,2 %, сельские – 37,8 %. Из эпидемиологических данных удалось установить, что укус клещей и других насекомых составил всего 4,7 %. Больные направлялись в ОИКБ с диагнозами лихорадка неясного генеза – 57,7 %, с другими диагнозами – АВИ, ОРВИ, АРЛ, КГЛ, ВГ, сепсис, малярия, орнитоз - 32,3 %. В