

КЛИНИКО-ИММУНОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ОСТРЫХ РЕСПИРАТОРНЫХ ВИРУСНЫХ ИНФЕКЦИЙ У ДЕТЕЙ

А. Д. Царегородцев, Л. М. Мальшева

Кафедра детских инфекций (зав. — проф. Н. П. Кудряцева Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института им. С. В. Курашова и клиническая инфекционная больница № 1 им. проф. А. Ф. Агафонова (главрач — З. С. Тавлинова)

Реферат. Изучение динамики содержания иммуноглобулинов (Ig) у 140 детей с различными вариантами течения ОРВИ показало, что специфический иммунный ответ при неосложненных ОРВИ заключается в повышенном синтезе Ig А в периоде выздоровления. Содержание Ig G в значительной мере связано со степенью тяжести заболевания. При осложненных ОРВИ иммунный ответ выражается в повышении уровня Ig G, А и М, но зависит от периода заболевания и тяжести бактериального осложнения. У детей с отягощенным преморбидным фоном уровень Ig G увеличивается незначительно, что отражается на частоте осложнений ОРВИ в этой группе детей.

Ключевые слова: респираторные вирусные инфекции у детей, иммуноглобулины G, А, М.

1 таблица. Библиография: 2 названия.

Целью настоящей работы явилось изучение динамики содержания иммуноглобулинов G, А и М при острых респираторных вирусных инфекциях (ОРВИ) и их осложнениях в зависимости от периода, клинических особенностей заболевания и с учетом отягощенного преморбидного фона.

Под наблюдением находилось 140 больных ОРВИ: 20 в возрасте от 1 до 6 мес, 66 — от 6 мес до года, 33 — от 1 года до 3 лет и 21 — от 3 до 7 лет. В первые три дня от начала болезни на стационарное лечение поступило 60% детей, с 4 по 7-й дни — 32%, в более поздние сроки, когда течение ОРВИ осложнилось пневмонией, — 8%. На основании клинико-эпидемиологических, вирусологических и серологических данных установлена следующая этиологическая структура острых респираторных вирусных инфекций: аденовирусная инфекция — у 30%, грипп — у 26%, респираторно-синцициальная инфекция — у 12%, парагрипп — у 9%, вирусные микст-инфекции — у 23% больных.

Все больные были разделены на три равнозначные по возрастному составу и срокам поступления группы. В 1-ю включено 30 детей с неосложненным течением ОРВИ, из них у 7 заболевание протекало в тяжелой форме с нейротоксикозом и у 23 — в среднетяжелой; 2-ю группу составили 54 ребенка с бактериальными осложнениями — пневмониями: 17 с тяжелыми токсическими формами и 37 со среднетяжелыми, в 3-ю группу мы выделили 56 больных ОРВИ с осложненным течением и отягощенным преморбидным фоном: у 26 детей был экссудативно-катаральный диатез и рецидивирующие аллергические сыпи (А-подгруппа) и у 30 — гипотрофия I—II степени, рахит, недоношенность (Б-подгруппа).

В общей структуре осложнений наибольший удельный вес имели пневмонии — 87%; лакунарные и некротические ангины составили 4%, ларинготрахеобронхиты — столько же, катаральные и гнойные отиты — 5%. По клиническим и рентгенологическим данным у 90% детей 2 и 3-й групп диагностирована очаговая пневмония, причем у 15% из них она носила сливной характер; у 4% пневмония была сегментарной, у 4% — лобарной, у 2% — интерстициальной. Расшифровку этиологической структуры осложнений проводили с учетом клинико-рентгенологических данных и результатов бактериологических и серологических исследований. Так, у 30% больных удалось доказать стафилококковую этиологию осложнений, у 8% — стрептококковую, у 4% осложнения протекали на фоне протейного и колибациллярного дисбактериоза.

Состояние специфического гуморального иммунитета изучали путем определения концентрации сывороточных иммуноглобулинов (Ig) классов G, А и М методом простой радиальной иммунодиффузии с использованием моноспецифических сывороток отечественного производства. Контрольные исследования проведены у 20 практически здоровых детей, возраст которых был в тех же пределах, что и у больных ОРВИ. Результаты исследования динамики сывороточных иммуноглобулинов при ОРВИ представлены в таблице.

Неосложненные ОРВИ в остром периоде не сопровождалась достоверным увеличением иммуноглобулинов G, А и М. Исключение составили тяжелые формы заболевания, при которых с первых дней отмечалось резкое увеличение Ig G.

Содержание иммуноглобулинов в сыворотке крови больных ОРВИ

Группы больных	Статистический показатель	Число наблюдений (n)	Иммуноглобулины, мкмоль/л						
			G		A		M		
			острый период	реконвалесценция	острый период	реконвалесценция	острый период	реконвалесценция	
1-я	с тяжелыми формами ОРВИ	$M \pm m$ <i>P</i> <i>P</i> ₁	7	102,8±8,4 <0,001	69,8±6,7 <0,01 <0,02	2,5±0,2 >0,2	3,6±0,3 <0,01 <0,01	0,6±0,02 >0,2	0,7±0,0 >0,5 >0,5
	со среднетяжелыми формами ОРВИ	$M \pm m$ <i>P</i> <i>P</i> ₁	23	65,6±5,8 >0,05	69,5±9,1 >0,05 >0,5	2,9±0,1 >0,02	3,7±0,2 <0,001 <0,001	0,6±0,0 >0,2	0,6±0,0 >0,2 >0,5
2-я	с тяжелыми пневмониями	$M \pm m$ <i>P</i> <i>P</i> ₁	17	76,9±7,9 <0,01	101,0±6,6 <0,001 <0,02	2,6±0,5 >0,5	2,4±0,2 >0,5 >0,5	0,7±0,0 >0,05	0,9±0,0 <0,001 <0,01
	со среднетяжелыми пневмониями	$M \pm m$ <i>P</i> <i>P</i> ₁	37	91,2±6,8 <0,001	87,8±4,4 <0,001 >0,5	2,5±0,3 >0,5	3,1±0,1 <0,01 <0,02	0,7±0,0 >0,05	0,7±0,0 <0,02 >0,5
3-я	А-подгруппа	$M \pm m$ <i>P</i> <i>P</i> ₁	26	58,9±12,8 >0,5	120,3±8,9 <0,001 <0,01	3,0±0,2 <0,02	3,6±0,2 <0,001 >0,05	0,7±0,0 <0,02	0,7±0,1 >0,2 >0,5
	Б-подгруппа	$M \pm m$ <i>P</i> <i>P</i> ₁	30	58,0±11,4 >0,5	50±11,8 >0,5 >0,5	2,8±0,3 >0,02	3,0±0,2 <0,02 >0,5	0,7±0,0 >0,05	0,7±0,1 >0,2 >0,5
Контроль	$M \pm m$	20	53,1±2,1		2,2±0,3		0,5±0,1		

Примечание: *P* — достоверность различия показателей по сравнению с контролем; *P*₁ — достоверность различия показателей по сравнению с острым периодом заболевания.

В периоде реконвалесценции при тяжелых формах ОРВИ наблюдалось достоверное снижение Ig G по сравнению с острым периодом заболевания, но концентрация их была выше, чем у здоровых детей. В то же время динамика Ig G при среднетяжелых формах ОРВИ не претерпевала существенных изменений, содержание их оставалось на том же уровне, что и в остром периоде. Количество Ig A в периоде реконвалесценции увеличивалось как при тяжелых формах, так и при среднетяжелых, но с более высокой достоверностью. Содержание Ig M при разрешении тяжелых и среднетяжелых ОРВИ достоверно не изменялось. Следует лишь отметить, что более выраженная тенденция к повышению уровня Ig M была при тяжелых формах заболевания, чем при ОРВИ средней тяжести.

При возникновении осложнений ОРВИ у детей (2-я группа) на 3—7-й день заболевания отмечено достоверное увеличение количества Ig G — более выраженное при пневмониях средней тяжести (до 91,2 ± 6,8 мкмоль/л, *P* < 0,001) и менее значительное при тяжелых токсических пневмониях (до 76,9 ± 7,9 мкмоль/л, *P* < 0,01). Уровень Ig M у детей этой группы умеренно повышался, а содержание Ig A оставалось таким же, как у здоровых детей.

В периоде реконвалесценции тяжелых пневмоний происходило достоверное увеличение количества Ig G и Ig M по сравнению с острым периодом. При пневмониях средней тяжести существенных изменений Ig G и Ig M не наблюдалось. Концентрация Ig A повышалась при разрешении среднетяжелых пневмоний, а при тяжелых пневмониях не изменялась. Не исключено, что иммунный ответ на ОРВИ у этих детей протекал по вторичному типу с быстрым накоплением Ig G с первых же дней заболевания [2]. У детей с отягощенным аллергологическим анамнезом (А-подгруппа 3-й группы) содержание Ig G в остром периоде оставалось низким, в то время как концентрация Ig M значительно возрастала. Клиническое выздоровление у детей А-подгруппы сопровождалось повышением количества Ig G и понижением Ig M (почти до исходных цифр). Уровень Ig A оставался на высоких цифрах в течение всего периода заболевания. Такая динамика иммуноглобулинов G, A и M классов в

этой подгруппе детей, вероятно, отражает аллергически измененную реактивность организма со склонностью к запаздыванию или быстрому истощению реакции анти-телообразования [1].

Следует подчеркнуть, что в подгруппе детей с предшествующей недоношенностью, гипотрофией, рахитом содержание Ig G и Ig M в течение всего заболевания не превышало показателей здоровых детей. Лишь Ig A достоверно повышались при выздоровлении. Возможно, это сыграло определенную роль в большей длительности течения ОРВИ и частоте осложнений у этих детей.

ВЫВОДЫ

1. Специфический иммунный ответ при неосложненных ОРВИ заключается в повышенном синтезе Ig A в периоде выздоровления. Содержание Ig G во многом зависит от степени тяжести заболевания: не изменяется при среднетяжелых формах и резко повышается при ОРВИ с нейротоксикозом.

2. Иммунный ответ при осложненных ОРВИ выражается в повышении уровня иммуноглобулинов G, A и M классов, но во многом зависит от периода заболевания и тяжести осложнения.

3. У детей с отягощенным преморбидным фоном не происходит существенного повышения уровня Ig G в остром периоде при аллергически измененной реактивности организма и в течение всего заболевания с сопутствующей недоношенностью, гипотрофией, рахитом, что обуславливает высокую частоту бактериальных осложнений ОРВИ. Этот факт необходимо учитывать в прогнозировании течения заболевания, а также в назначении специфической, антиаллергической и иммуностимулирующей терапии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Градинаров А. М. Состояние адаптационно-защитных механизмов у детей с кожными проявлениями аллергического диатеза в раннем возрасте. Автореф. канд. дисс., Свердловск, 1976.— 2. Извольская З. А. Клинико-иммунологическая характеристика детей раннего возраста, часто болеющих острыми респираторными инфекциями. Автореф. канд. дисс., М., 1976.

Поступила 9 октября 1979 г.

УДК 616.981.49

КЛИНИКА САЛЬМОНЕЛЛЕЗА У ВЗРОСЛЫХ

М. В. Становская, М. Г. Ахметова

Казанская городская инфекционная больница № 2 (главрач — З. Н. Гарифуллина)

Реферат. Проанализированы истории болезни 400 больных сальмонеллезом. Удельный вес этой патологии среди острых кишечных заболеваний составил около 2%. В этиологической структуре доминирует *S. typhimurium*. Наиболее частыми формами сальмонеллеза у взрослых являются гастроинтестинальные.

Ключевые слова: сальмонеллез.

В основу нашей работы положен анализ историй болезни 400 больных сальмонеллезом в возрасте от 15 до 55 лет (82,2%) и старше, находившихся на стационарном лечении во 2-й инфекционной больнице за период с 1974 по 1978 г.

Диагноз сальмонеллеза основывался на клинико-эпидемиологических и бактериологических данных (за исключением отдельных случаев, когда имелись групповые заболевания).

Больные с бактериологически подтвержденным сальмонеллезом за указанное время составили 2,3% всех госпитализированных с острыми кишечными инфекционными заболеваниями.

В этиологической структуре сальмонеллеза преобладала *S. typhimurium* — она составила 58,5%; в остальных 41,5% выделялись сальмонеллы из группы АБСДЕ.

В 1—3-й день болезни за медицинской помощью обратились 219 больных, из них было госпитализировано в первые три дня после обращения 74,2%.

Заболевание сальмонеллезом у 85,7% больных протекало в гастроинтестинальной форме, у 13% — субклинически и у 1,3% был генерализованный сальмонеллез.

Легкая форма заболевания констатирована у 76,5% больных, среднетяжелая — у 21%, тяжелая — у 2,5%. Тяжесть заболевания сальмонеллезом, по нашим данным,