

мы сочли возможным предложить данный препарат для клинических испытаний в качестве транквилизатора. С 1972 г. ему было присвоено номенклатурное название мебикар и по решению Фармакологического комитета МЗ СССР начаты широкие клинические испытания, которые показали, что он обладает свойствами транквилизатора, ослабляет у больных эмоциональное напряжение, тревогу, страх, раздражительность и оказывает положительное влияние на их субъективное состояние. Те больные, которые ранее получали лечение нейролептиками (аминазин, тизерцин, галоперидол и др.), указывали, что мебикар очень хорошо переносится и не вызывает тягостных побочных эффектов, сопровождающих нейролептическую терапию. Обращает на себя внимание выявленное антипсихотическое действие препарата. Последнее выражено в значительно меньшей степени, чем у таких нейролептических средств, как трифтазин, галоперидол, мажептил и др. Тем не менее мебикар может быть применен в тех случаях, когда используемые в клинической практике транквилизаторы (эзениум, седуксен и др.) неэффективны, а применение нейролептиков нежелательно в связи с их выраженным побочным действием.

Положительные данные клинических испытаний мебикара послужили основанием Фармакологическому комитету МЗ СССР утвердить его в 1977 г. для широкого практического использования в качестве транквилизатора. В настоящее время освоен промышленный выпуск препарата, а синтез и применение мебикара запатентованы в нескольких странах. Совместно с химиками-синтетиками нами оформлены лицензионные материалы через В/О «Лицензинторг». Из этого класса соединений подробно изучаются производные диазиридинов как потенциальные психотропные средства (А. З. Байчурина, 1977).

Таким образом, наши исследования за последние 27 лет, проведенные в тесном содружестве с химиками-органиками, химиками-аналитиками, патологоанатомами, морфологами и биохимиками ЦНИЛ, гистологами, анатомами и клиницистами различных профилей дали возможность сформулировать программу экспериментального обоснования с целью внедрения в клиническую практику новых химических соединений.

Некоторые наши препараты уже применяются в практической медицине, многие находятся в стадии изучения и апробации. Большинство препаратов оригинально и удостоено авторских свидетельств, выданных Комитетом по делам открытий и изобретений при Совете Министров СССР, а также дипломов ВДНХ. Материалы на ряд препаратов представлены для патентования в зарубежных странах.

По итогам наших работ можно заключить о большой перспективности и важности комплексных исследований, позволяющих на стыках разных специальностей открывать новые закономерности, весьма важные и в теоретическом, и в практическом отношениях.

КЛИНИЧЕСКАЯ И ТЕОРЕТИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА

УДК 616.36—002.14—053.2—07:616.155.32

КЛИНИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ПЕРИФЕРИЧЕСКИХ Т- И В-ЛИМФОЦИТОВ ПРИ ВИРУСНОМ ГЕПАТИТЕ А У ДЕТЕЙ

Д. К. Баширова, И. Г. Закиров

Кафедра инфекционных болезней (зав.— проф. Д. К. Баширова) Казанского ГИДУВа им. В. И. Ленина, инфекционная больница № 1 (главврач — З. С. Тавлинова) г. Казани

Рядом авторов показано, что при вирусном гепатите происходит угнетение клеточного иммунитета, зависящее от тяжести болезни [1—4]. Однако влияние различных факторов на иммунный ответ при вирусном гепатите А (ВГА) остается еще слабо изученным.

Мы поставили цель изучить общую закономерность динамики популяций Т- и В-лимфоцитов у больных ВГА, выявить определенные клиничко-иммунологические па-

раллели в течении болезни, проанализировать роль различных факторов, влияющих на иммунный ответ при ВГА.

Обследованы дети от 7 до 14 лет с легкой (21) и среднетяжелой (8) формами ВГА. Контрольную группу составили 10 здоровых детей. Диагноз ВГА ставили на основании эпидемиологических, клинико-лабораторных особенностей ВГА и отрицательных данных при определении австралийского антигена в крови.

В периферической крови устанавливали количество Т-лимфоцитов [5], В-лимфоцитов с рецепторами к 3-му компоненту комплемента [6] и количество О-лимфоцитов.

Условно было выделено 3 периода болезни: разгар, спад болезни и реконвалесценция. Исследования проводили в каждый из этих периодов (полученные данные представлены в таблице).

Содержание популяций лимфоцитов периферической крови у детей, больных вирусным гепатитом А-10⁹ в 1 л

Показатели	Норма		Периоды ВГА	Легкая форма ВГА			Среднетяжелая форма ВГА		
	n	M±m		n	M±m	P	n	M±m	P
Лейкоциты	11	7209±1893	I	21	6686±2539	>0,05	8	4375±1263	<0,01
			II	16	7006±1473	>0,05	5	5520±1717	>0,05
			III	15	7347±1729	>0,05	5	5560±687	>0,05
Лимфоциты	10	4146±891	I	22	3414±719	>0,05	7	1723±485	<0,01
			II	18	3841±1236	>0,05	5	2044±1258	>0,05
			III	16	4251±1411	>0,05	5	3247±576	>0,05
Т-лимфоциты	10	2412±556	I	21	1765±458	<0,01	8	839±361	<0,01
			II	16	2112±748	>0,05	4	1305±563	<0,01
			III	13	2404±523	>0,05	5	1877±198	>0,05
В-лимфоциты	7	499±187	I	20	388±117	>0,05	6	184±70	<0,01
			II	18	475±193	>0,05	4	321±159	>0,05
			III	17	498±129	>0,05	5	296±64	>0,05
О-лимфоциты	7	1292±270	I	17	1229±300	>0,05	6	741±123	<0,01
			II	18	1270±311	>0,05	5	997±278	>0,05
			III	14	1535±598	>0,05	5	1073±475	>0,05

I, II и III — периоды разгара, спада болезни и реконвалесценции соответственно.

Период разгара ВГА при среднетяжелой форме сопровождался понижением количества лейкоцитов периферической крови ($P < 0,01$), однако при легкой форме отмечалась лишь тенденция к их снижению ($P > 0,05$). В период реконвалесценции при легкой форме ВГА наблюдалось восстановление количества лейкоцитов, при среднетяжелой — тенденция к их нормализации ($P > 0,05$). Аналогичная динамика констатируется и при подсчете количества периферических лимфоцитов.

Исследование популяций лимфоцитов у больных с ВГА в период разгара показало некоторое уменьшение количества Т-лимфоцитов при легкой и более выраженное при среднетяжелой форме ($P < 0,01$). Если нормализация количества Т-лимфоцитов при легкой форме происходила уже в период реконвалесценции, то при среднетяжелой их уровень оставался низким в период спада болезни ($P < 0,05$), а в период реконвалесценции появлялась лишь тенденция к их увеличению ($P > 0,05$).

Динамика количества В-лимфоцитов при легкой и среднетяжелой формах также была различной. В период разгара при легкой форме ВГА количество В-лимфоцитов не отличалось от нормы, а при среднетяжелой снижалось более чем в 2 раза ($P < 0,01$). К периоду выздоровления уровень В-лимфоцитов при легкой форме ВГА достигал нормальных цифр, в то время как при среднетяжелой оставался пониженным в периодах спада болезни и реконвалесценции.

Количество О-лимфоцитов при легкой форме во всех периодах наблюдения было в пределах нормы, а в период реконвалесценции имело тенденцию к увеличению ($P > 0,05$). При среднетяжелой форме ВГА уровень О-лимфоцитов был низким ($P < 0,01$) и в период реконвалесценции приближался к нормальным цифрам.

У больных ВГА в реакции бласттрансформации лимфоцитов при воздействии фитогемагглютинином было обнаружено уменьшение функционально активных Т-клеток в периферической крови как при легкой ($P > 0,05$), так и среднетяжелой ($P < 0,01$) формах. Снижение уровня функционально активных Т-клеток при среднетяжелой форме было более выраженным, чем при легкой ($P < 0,05$).

Таким образом, при вирусном гепатите А у детей имеет место фазность изменений количества лейкоцитов, лимфоцитов и их популяций, в том числе функционально активных Т-клеток, зависящая от тяжести болезни.

По мере выздоровления у больных с легкой формой ВГА наблюдалась нормализация иммунологических показателей, а при среднетяжелой — тенденция к их улучшению. Однако у 5 детей на протяжении всей болезни они оставались низкими. Такие больные могут составить группу риска по иммунодефициту; за ними следует более тщательно наблюдать в период диспансеризации и, при необходимости, оказывать иммунокорригирующее лечение.

Замедление нормализации клеточных факторов иммунитета мы отмечали в группе больных, получавших только базисную терапию, в отличие от тех больных, которым было назначено разнообразное лечение (витамины В₆ и В₁₂ парентерально, в некоторых случаях однократные инфузии гемодеза и раствора глюкозы, противокорревого гамма-глобулина, легалона, липамида). В связи с этим вопросы о влиянии лечения на клинико-иммунологические показатели при ВГ у детей требуют дальнейшего детального изучения и соответственно разработки рационального лечения.

У 9 детей при повторных анализах было обнаружено снижение количества Т-клеток, в том числе функционально активных, по сравнению с исходным уровнем. Через 2—5 дней после исследования у 5 из них были отмечены присоединившиеся интеркуррентные заболевания (ОРЗ, скарлатина, ангина), у 2 больных было установлено ОРЗ в день исследования; у остальных 2 детей выявить определенные причины снижения уровня Т-лимфоцитов не удалось. Возможно, повторное падение уровня Т-лимфоцитов в периферической крови при ВГА у детей было связано с присоединением интеркуррентных заболеваний.

Результаты наших предварительных исследований дают основание считать, что фазность изменений в системе лимфоцитов при ВГА у детей, зависящая от тяжести болезни, имеет в своей основе перераспределительный характер и является иммунологическим признаком этой инфекции.

Следовательно, определение количества Т-лимфоцитов может быть использовано в комплексном обследовании детей, больных ВГА, как метод диагностики иммунодефицита, прогноза и своевременной коррекции лечения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Баширова Д. К., Лагутина М. В., Ширинская А. И. Казанский мед. ж., 1977, 3.— 2. Блюгер А. Ф., Векслер Х. М., Новицкий И. Н. Клиническая иммунология кишечных заболеваний. Рига, 1980.— 3. Кейш Я. Д., Руднева А. В., Векслер Х. М. В кн.: Иммунодиагностика в эпидемиологии и клинике. Таллин, 1981.— 4. Потапова В. Г., Макоев Р. П., Нимельблаг М. А., Годун В. М. Журн. микробиол., 1982, 2.— 5. Jondal M., Holm G., Wigzel H. J. *exp. Med.*, 1972, 136, 207.— 6. Mendes N., Mikl S., Peixinho Z. *J. Immunol.*, 1974, 113, 531.

Поступила 23 ноября 1982 г.

УДК 616.36—002.12/14—078.73

ЦИРКУЛИРУЮЩИЕ ИММУННЫЕ КОМПЛЕКСЫ ПРИ ЖЕЛТУХАХ

Л. Ч. Самерханова, Д. Ш. Еналеева, А. Н. Маянский

Кафедра инфекционных болезней (зав.— доц. Д. Ш. Еналеева) Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института им. С. В. Курашова

В последние годы ведутся интенсивные исследования по обнаружению иммунных комплексов (ИК) при вирусных гепатитах [6]. ИК определяются в острой фазе вирусного гепатита В [4, 5] и А [2, 3]. В доступной нам литературе мы не встретили работ по выявлению ИК при желтухах невирусной природы, поэтому целью данного