

клинического опросника водителей, лишенных водительских прав за нарушение дорожного движения в нетрезвом состоянии.

Клинический опросник для выявления ранних признаков алкоголизма направлен на раскрытие возможной диссимуляции симптомов болезни лицами, страдающими хроническим алкоголизмом, определение достоверных начальных симптомов алкоголизма и дифференциально-диагностических критериев для отграничения их от признаков бытового пьянства.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Гублер Е. В. // Вычислительные методы анализа и распознавания патологических процессов.— М., 1978.— 2. Личко А. Е. // В кн.: Методы психологической диагностики и коррекции в клинике.— Л., 1983.

Поступила 20.06.85.

УДК 616.981.46—053.2

### КЛИНИКО-ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ РАЗЛИЧИЯ ОСТРЫХ РЕСПИРАТОРНЫХ ВИРУСНЫХ ИНФЕКЦИЙ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА, ЧАСТО И РЕДКО ИМИ БОЛЕЮЩИХ

А. Д. Царегородцев, Н. И. Кузнецова, Л. М. Малышева, Т. И. Низамова

*Кафедра детских инфекций (зав.— проф. А. Д. Царегородцев) Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института имени С. В. Курашова, инфекционная клиническая больница № 1 имени проф. А. Ф. Агафонова (главрач — З. С. Тавлинова), г. Казань*

До настоящего времени окончательно не установлены причины повторных острых респираторных вирусных инфекций (ОРВИ) у детей раннего возраста. Целью настоящей работы было изучение особенностей клинического течения ОРВИ и иммунного статуса детей раннего возраста, часто и редко болеющих этими инфекциями.

Под наблюдением находилось 132 больных ОРВИ в возрасте от 1 года до 3 лет. От 1 года до 2 лет было 87 (65,9%), от 2 до 3 — 45 (34,1%). Все больные в зависимости от частоты ОРВИ, зарегистрированных у них в течение последнего года, были разделены на 2 сопоставимые по возрасту группы: в 1-ю (37 чел.) вошли дети, болеющие ОРВИ от 7 до 10 раз в год, во 2-ю (95) — до 6 раз в год.

По мнению ряда авторов [2, 4], от 6 раз в год ОРВИ переносят почти все дети и только при обострениях инфекции до 7 и более раз в год их можно считать часто болеющими.

Другие факторы, отягчающие течение ОРВИ (аллергический диатез, анемия, ранний перевод на искусственное вскармливание и др.), были зарегистрированы в обеих группах примерно с одинаковой частотой (у 27 из 37 в 1-й группе и у 70 из 95 — во 2-й).

В качестве показателей иммунологического статуса больных ОРВИ оценивали активность системы нейтрофильного фагоцитоза в спонтанной и стимулированной вакциной реакциях восстановления нитросинего тетразолия (НСТ-тест) [7] в модификации [1] с вычислением показателя фагоцитарного резерва (ПФР), то есть разности стимулированной и спонтанной НСТ-редукции; определяли уровень опсонинов крови по альтернативному каскаду  $C_3$  компонента комплемента методом радиальной иммунодиффузии [5]. Функциональную активность Т-клеток крови оценивали в реакции бласттрансформации лимфоцитов (БТЛ), индуцируемой ФГА [8]. О состоянии гуморального звена иммунитета судили по концентрации сывороточных иммуноглобулинов G, A и M с помощью метода радиальной иммунодиффузии [5]. Уровень циркулирующих иммунных комплексов (ЦИК) находили методом, разработанным в Казанском НИИЭМ [3].

Исследования у больных проводили в острой фазе ОРВИ (при поступлении в стационар) и в периоде выздоровления (через 5—10 дней). С контрольной целью было обследовано 17 здоровых детей в возрасте от 1 года до 3 лет.

Результаты клинических наблюдений позволили выявить ряд особенностей клинического течения ОРВИ у часто и редко болеющих детей (табл. 1).

Как видно по данным табл. 1, ОРВИ у часто болеющих детей характеризовались меньшей выраженностью и продолжительностью лихорадки, интоксикации,

## Основные клинические проявления ОРВИ у часто и редко болеющих детей

Клинические проявления	Группы больных		P
	1-я	2-я	
Среднемаксимальная температура	37,8 ± 0,14°	38,5 ± 0,23°	< 0,01
Продолжительность в днях			
лихорадки	2,6 ± 0,11	3,2 ± 0,09	< 0,001
интоксикации	1,9 ± 0,12	3,7 ± 0,10	< 0,001
катарального синдрома	5,4 ± 0,23	4,3 ± 0,14	< 0,01
респираторного синдрома	7,8 ± 0,20	6,1 ± 0,17	< 0,001
Средний койко-день	8,4 ± 0,29	6,5 ± 0,32	< 0,001

но большей длительностью катарального, респираторного синдромов и связанным с этим увеличением сроков пребывания в стационаре.

Характеристика показателей иммунологической реактивности у детей раннего возраста, часто и редко болеющих ОРВИ, представлена в табл. 2.

Таблица 2

## Показатели иммунологической реактивности у детей раннего возраста, часто и редко болеющих ОРВИ

Показатели	Здоровые дети	Группы больных			
		1-я		2-я	
		M ± m	P	M ± m	P
Спонтанная реакция НСТ-теста, %	5,3 ± 2,3	9,8 ± 1,7	> 0,1	8,2 ± 1,6	> 0,5
		8,6 ± 1,2	> 0,2	7,3 ± 1,2	> 0,5
Стимулированная реакция НСТ-теста, %	28,2 ± 2,0	18,4 ± 2,3	< 0,001	22,4 ± 1,9	< 0,05
		23,2 ± 1,5	< 0,05	25,6 ± 2,1	> 0,1
Показатель фагоцитарного резерва, %	22,3 ± 2,8	9,0 ± 2,6	< 0,001	14,2 ± 2,2	< 0,05
		14,7 ± 2,3	< 0,05	18,3 ± 2,2	> 0,2
Опсонический индекс	1,01 ± 0,065	0,71 ± 0,034	< 0,001	0,82 ± 0,04	< 0,02
		0,81 ± 0,052	< 0,02	0,91 ± 0,042	> 0,1
РБТЛ с ФГА, %	55,3 ± 3,6	32,7 ± 4,1	< 0,001	38,8 ± 3,1	< 0,001
		40,7 ± 3,2	< 0,02	49,8 ± 3,1	> 0,2
Имуноглобулины, мкмоль	59,4 ± 2,2	64,4 ± 2,8	> 0,1	65,0 ± 2,0	< 0,05
		79,9 ± 5,2	< 0,05	73,1 ± 4,3	< 0,02
А	3,9 ± 0,2	2,9 ± 0,4	< 0,05	3,4 ± 0,3	> 0,1
		3,2 ± 0,3	< 0,05	4,2 ± 0,1	> 0,2
М	0,82 ± 0,04	0,91 ± 0,03	< 0,05	0,99 ± 0,04	< 0,05
		0,93 ± 0,03	< 0,05	0,89 ± 0,05	> 0,2
ЦИК, г/л	0,035 ± 0,007	0,120 ± 0,02	< 0,001	0,069 ± 0,01	< 0,01
		0,061 ± 0,009	< 0,05	0,095 ± 0,002	< 0,001
С <sub>3</sub> компонент комплемента, г/л	1,30 ± 0,075	0,85 ± 0,024	< 0,001	0,98 ± 0,019	< 0,001
		0,96 ± 0,018	< 0,001	0,90 ± 0,023	< 0,001

Примечание. В числителе — показатели в остром периоде заболевания, в знаменателе — в периоде выздоровления.

Отличительными признаками иммунного статуса часто болеющих детей в острой фазе ОРВИ были низкие значения иммуноглобулинов класса А. Уровень ЦИК у часто болеющих детей в острой фазе ОРВИ был достоверно выше, а С<sub>3</sub> компонента комплемента — ниже, чем у редко болеющих. В остальном характер иммунологических сдвигов у часто и редко болеющих детей в острой фазе ОРВИ был однотипным: падение активности стимулированной НСТ-редукции и ПФР, депрессия ФГА-чувствительных лимфоцитов, снижение уровня опсоинов крови, возрастание уровня иммуноглобулинов М.

В периоде выздоровления у часто болеющих детей, в отличие от редко болеющих, не отмечено нормализации стимулированной НСТ-редукции и ПФР нейтрофилов, сохранялся дефицит иммуноглобулинов класса А, не восстановилась функция ФГА-чувствительных лимфоцитов. Динамика уровня ЦИК и С<sub>3</sub> компонента комплемента у часто и редко болеющих детей была разнонаправленной: у часто болеющих высокий исходный уровень ЦИК в динамике болезни снижался,

а сниженный уровень  $C_3$  компонента комплемента возрастал, у редко болеющих детей — наоборот. Однако в целом в обеих группах уровень ЦИК оставался выше, а  $C_3$  компонент комплемента — ниже, чем у здоровых детей.

Установлена достоверная обратная корреляционная взаимосвязь между уровнем ЦИК и концентрацией  $C_3$  компонента комплемента у детей как часто ( $r = 0,89 \pm 0,12; P < 0,001$ ), так и редко болеющих ( $r = 0,80 \pm 0,11; P < 0,001$ ). Это может быть результатом потребления  $C_3$  компонента комплемента иммунными комплексами при ОРВИ.

Высокий исходный уровень ЦИК при ОРВИ у часто болеющих детей может свидетельствовать о вторичном иммунном ответе с быстрым синтезом антител. Известно, что антитела, образовавшиеся при вторичном иммунном ответе, скорее связываются с антигеном в иммунные комплексы, поскольку аффинитет антител при вторичном ответе выше, чем при первичном [6].

Таким образом, выявлены клинко-иммунологические различия ОРВИ у детей, часто и редко болеющих этими инфекциями. У часто болеющих детей ОРВИ отличаются уменьшением лихорадочного периода, интоксикации, но большей продолжительностью катарального и респираторного синдромов. Иммунный статус часто болеющих детей отличается стойкостью нарушений фагоцитарной функции нейтрофилов, депрессией ФГА-чувствительных лимфоцитов, дефицитом опсонинов и иммуноглобулинов А сыворотки крови, разном направленной динамикой концентрации ЦИК и  $C_3$  компонента комплемента во время очередной ОРВИ.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Викман М. Е., Маянский А. Н. // Казанский мед. ж. — 1977. — № 5. — С. 99.
2. Извольская Э. А., Ботвиньева В. В. // Вопр. охр. мат. — 1976. — № 7. — С. 8—12. — 3. Мо-логилов Б. А., Маянский А. Н., Поздняк Н. Д., Самерханова Л. Ч. // Казанский мед. ж. — 1982. — № 2. — С. 10—13. — 4. Helwig H. // Sozialpadiatrie. — 1980. — В. 2. — № 4. — С. 141—145. — 5. Mancini G., Garbonare A. D., Heremans G. F. // Immunochimistry. — 1965. — Vol. 2. — P. 235. — 6. Nossal G. J. // J. Exp. Med. — 1972. — Vol. 135. — P. 405—412. — 7. Park B. H., Fikrig S. M., Schmitwick E. M. // Lancet. — 1968. — Vol. 2. — P. 532—534. — 8. Pauly J. L., Sokal J. E., Han Tin // J. Lab. and Clin. Med. — 1973. — Vol. 82. — P. 500—512.

Поступила 08.01.86.

УДК 618.63—02:[612.1 + 612.392.84 + 612.648]—078.74

### СОДЕРЖАНИЕ ФИБРОНЕКТИНА В МОЛОКЕ И КРОВИ МАТЕРЕЙ И В КРОВИ ИХ НОВОРОЖДЕННЫХ

*Р. И. Литвинов, Р. А. Уразаев, Г. А. Ермолин*

*Кафедра биохимии (зав.— проф. Д. М. Зубаиров) и кафедра детских болезней лечебного факультета (зав.— проф. Е. В. Белогорская) Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института имени С. В. Курашова, лаборатория иммунохимии (зав.— с. н. с. Г. А. Ермолин) Научно-исследовательского института экспериментальной кардиологии ВКНЦ АМН СССР, г. Москва*

Устойчивость новорожденного к инфекции в значительной мере определяется входящими в состав женского молока биологически активными веществами: иммуноглобулинами, белками системы комплемента, интерфероном, лизоцимом, лактопероксидазой, лактоферрином и др. [2]. Имеются единичные работы, в которых показано наличие в женском молоке белка фибронектина [10]. Одной из главных функций данного белка является опсоническая активность в реакциях фагоцитоза [6], что позволяет рассматривать его как неспецифический фактор защиты, способный принимать участие в формировании противомикробного иммунитета новорожденных.

В связи с этим представляет интерес изучение взаимосвязи между содержанием фибронектина в молоке и крови кормящих матерей, а также в крови их новорожденных.

Обследовано 63 матери и 63 здоровых и больных новорожденных. Среди 53 матерей больных детей 10 женщин были в возрасте до 20 лет, 34 — до 30 и 9 — старше 30. Первородящих было 25, повторнородящих — 28. Патология беременности была выявлена у 23 женщин, патология родов — у 15. Матери здоровых детей (10 чел.) были в возрасте от 20 до 30 лет; 6 были первородящими; беременность и роды протекали у всех без особенностей. Из 63 новорожденных