

1-й группы после выписки из стационара были в 2—2,5 раза выше, чем у детей 2-й группы ($P < 0,05$).

Давая оценку результатам гипериммуноглобулинемии Е у 33 (78,5%) из 42 детей при ВГВ через 3 мес после выписки из стационара, мы отметили, что она находилась во взаимосвязи с исходом болезни. Среди указанных выше детей (33) с повышенным против нормы уровнем Ig Е выздоровление наступило у 10 (у 4 — из 1-й группы, у 3 — в каждой из 2 последующих групп); остаточные явления в виде постгепатитной гепатомегалии констатированы у 8 (у 3 — из 1-й группы и у 5 — из 2-й), затяжной гепатит на фоне продолжающейся HBs-антигемии с последующей хронизацией заболевания — у 15 (у 8 — из 1-й группы и у 7 — из 2-й). Уровень гипериммуноглобулинемии Е у детей при затяжном гепатите колебался от 120,8 МЕ/мл (во 2-й группе) до 1110 МЕ/мл (в 1-й группе), у детей с постгепатитной гепатомегалией — от 41,7 МЕ/мл (во 2-й группе) до 249,6 МЕ/мл (в 1-й группе); при полном выздоровлении — от 46,2 МЕ/мл (в 3-й

группе) до 236,2 МЕ/мл (в 1-й группе).

Наши данные свидетельствуют о наиболее выраженной гипериммуноглобулинемии Е в первых 2 группах, то есть у детей с аллергически измененной реактивностью, особенно при затяжном гепатите на фоне продолжающейся HBs-антигемии с последующей хронизацией заболевания. Следовательно, значительную гипериммуноглобулинемию Е при ВГВ у детей с аллергически измененной реактивностью после выписки из стационара можно рассматривать как прогностически неблагоприятный признак.

ЛИТЕРАТУРА

1. Блюгер А. Ф., Векслер Х. М., Крупникова Э. З. и др. // В кн.: Материалы II Всесоюзного съезда инфекционистов.— Тез. докл.— Ташкент, 1985.
2. Брюханова Л. К., Сметанин А. Л. // В кн.: Радиомунные методы диагностики в педиатрии.— Куйбышев, 1982.
3. Воронцов И. М. // Педиатрия.— 1985.— № 3.— С. 63—68.
4. Студеникин М. С., Соколова П. С. // Аллергические болезни у детей.— М., Медицина, 1986.
5. Levo Yoram, Shalit Meir // Ann. Allergy.— 1981.— Vol. 47.— P. 456—459.

Поступила 16.0

УДК 616.379—008.64—092:612.017.1

ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ДЛИТЕЛЬНОТЕКУЩЕГО ИНСУЛИНОЗАВИСИМОГО САХАРНОГО ДИАБЕТА

С. В. Веретенников, В. В. Трусов, А. А. Дмитриев, В. С. Сускова

Кафедра терапии № 1 (зав.— проф. В. В. Трусов) Ижевского ордена Дружбы народов медицинского института

Реферат. Представлены результаты комплексного изучения иммунного гомеостаза у 45 больных с длительно текущим инсулинозависимым сахарным диабетом. У 50% обследованных было уменьшено абсолютное число лейкоцитов, у трети — число лимфоцитов и общей популяции Т-лимфоцитов, у каждого второго больного — количество Т-хелперов и у четверти — Т-супрессоров, причем весьма значительно. У 50% пациентов обнаружены резкое снижение иммунорегуляторного индекса, достоверное уменьшение абсолютного числа В-лимфоцитов. Выявлены значительное увеличение содержания активированных Т-лимфоцитов и уменьшение числа нулевых лимфоцитов, имела место дисиммуноглобулинемия. У 50% больных были повышены активность СЗ компонента комплемента и уровень ЦИК.

Ключевые слова: сахарный диабет, лейкоциты, Т-лимфоциты, Т-хелперы и супрессоры, активированные Т-лимфоциты, нулевые лимфоциты, В-лимфоциты, иммуноглобулины А, М и G, комплемент, СЗ компонент комплемента, циркулирующие иммунные комплексы.

Исследованиями последних лет установлено, что сахарный диабет сопровож-

дается существенными изменениями в иммунной системе. Эти изменения усугубляют течение основного заболевания, способствуют развитию ряда осложнений. Несмотря на достаточно большое число исследований, посвященных иммунологическим аспектам диабета, нельзя отметить не только их неоднозначность, но и противоречивость. Это может быть связано с патогенетической неоднородностью инсулинозависимого диабета, степенью гормональных и биохимических нарушений, определенными (генетически обусловленными) особенностями иммунного реагирования, различием методологических подходов в исследовании иммунного гомеостаза.

Целью нашего исследования являлось комплексное изучение клеточного и гуморального иммунитета у больных с длительно текущими осложненными форма-

ми инсулинозависимого сахарного диабета. Под наблюдением находились 45 больных (мужчин — 34, женщин — 11) сахарным диабетом I типа. Больные были в возрасте от 17 до 47 лет; клинически манифестированное заболевание длилось от 7 до 29 лет. У всех больных течение заболевания было расценено как тяжелое. У 39 больных была диагностирована диабетическая ретинопатия, у 23 — полинейропатия, у 13 — нефропатия, у 8 — ангиопатия сосудов нижних конечностей.

Состояние клеточного иммунитета оценивали путем определения абсолютного числа лейкоцитов и лимфоцитов. Количество Т-лимфоцитов устанавливали методом спонтанного розеткообразования с эритроцитами барана, количество В-лимфоцитов — методом ЕАК-розеткообразования, используя эритроциты мышей линии СВА или F-2 серые. О числе Т-хелперов и Т-супрессоров и их соотношении судили по количеству теофиллинчувствительных и теофиллинрезистентных Т-лимфоцитов. Поскольку у людей содержание основных иммунорегуляторных субпопуляций Т-лимфоцитов колеблется в широких пределах, мы находили иммунорегуляторный индекс, представляющий собой соотношение числа Т-хелперов и числа Т-супрессоров. Тест спонтанного розеткообразования показал абсолютное число нулевых лимфоцитов (Л₀), активированных Т-лимфоцитов (Та-РОК). Состояние гуморального иммунитета оценивали по концентрации иммуноглобулинов (А, М и G методом Манчини), гемолитической активности компонента С и С3 компонента комплемента, уровню циркулирующих иммунных комплексов (ЦИК). Количество ЦИК определяли спектрофотометрически после обработки сыворотки крови полиэтиленгликолем и выражали в единицах оптической плотности, а активность С и С3 компонента комплемента — методом кинетического титрования. Состояние иммунитета оценивали у больных при достижении компенсации углеводного обмена.

При изучении иммунного гомеостаза больных с длительно текущими осложненными формами инсулинозависимого сахарного диабета было установлено, что индивидуальные иммунологические параметры как клеточного, так и гуморального иммунитета варьируют в широ-

ких пределах и среднестатистические показатели не отражают истинного состояния иммунной системы. У половины обследованных было уменьшено абсолютное число лейкоцитов (4600 ± 238 ; $P < 0,001$). Общее количество лимфоцитов и Т-лимфоцитов чаще всего было нормальным или имело тенденцию к повышению, но вместе с тем у трети пациентов определялся выраженный иммунодефицит по этим параметрам (1372 ± 101 ; $P < 0,01$ и $745,7 \pm 73$; $P < 0,01$ соответственно). Имелись значительные изменения в содержании основных иммунорегуляторных субпопуляций. У каждого второго обследованного установлено значительное уменьшение числа Т-хелперов (492 ± 44 ; $P < 0,05$) и у четверти больных — дефицит числа Т-супрессоров (137 ± 22 ; $P < 0,05$). У половины больных имелось резкое снижение иммунорегуляторного индекса ($1,0 \pm 0,1$; $P < 0,001$), а у большинства — уменьшение абсолютного содержания В-лимфоцитов (224 ± 19 ; $P < 0,001$). Выявлены значительное увеличение содержания Та-РОК (1526 ± 168 ; $P < 0,001$) и достоверное сокращение числа Л₀ (464 ± 90 ; $P < 0,05$). Практически у всех больных констатировано увеличение концентрации иммуноглобулина А ($2,96 \pm 0,38$ г/л; $P < 0,001$). У 30 пациентов уровень иммуноглобулина М статистически значимо превышал контрольные значения ($3,1 \pm 0,45$ г/л; $P < 0,001$). Концентрация иммуноглобулина G имела тенденцию к уменьшению, причем у 20 больных была резко снижена ($5,5 \pm 0,6$ г/л; $P < 0,01$). В большинстве случаев активность С компонента комплемента оставалась на уровне нормальных величин ($7,76 \pm 0,35$ ЕД; $P > 0,05$). Примерно у половины обследованных выявлено уменьшение активности С3 компонента комплемента ($57,4 \pm 5,7$ ЕД; $P < 0,05$), в то же время у другой половины пациентов — ее увеличение ($137,3 \pm 23$ ЕД; $P < 0,05$). У половины больных содержание ЦИК было повышено (112 ± 19 ЕД; $P < 0,05$), а у второй половины — снижено ($9,0 \pm 1,5$ ЕД; $P < 0,05$). У пациентов с высокой гемолитической активностью С3 компонента комплемента было более высокое содержание ЦИК и наоборот. При изучении возможной связи между уровнем ЦИК и выраженностью диабетических ангиопатий установлено, что не во всех случаях при

наличии клинически выраженных, специфических для диабета поражений сосудов наблюдалось увеличение уровней ЦИК. Однако низкая или нормальная концентрация ЦИК не исключает их повреждающую способность и причастность к генезу микроангиопатий. Вероятно, низкий уровень ЦИК у ряда больных с микроангиопатиями объясняется неоднородностью ЦИК, связано с фиксацией иммунных комплексов в сосудистой стенке и является подтверждением наличия микроангиопатий при длительном течении иммунозависимого сахарного диабета.

Таким образом, полученные данные свидетельствуют о глубоких изменениях иммунологической реактивности у больных с длительной текущей иммунозависимым сахарным диабетом. Возможно, изменения в иммунном статусе больных возникают в течение первых 5 лет заболевания и в дальнейшем не зависят от степени тяжести и длительности диабета. Затем, вероятно, развивается свое-

образное привыкание, стихание остроты аутоиммунного процесса, приведшего к заболеванию. Вместе с тем уменьшение содержания Ло, увеличение Та-РОК указывают на активизацию иммунной системы на уровне клеточного звена иммунного гомеостаза. Видимо, выявленные нами изменения иммунного гомеостаза в какой-то мере носят генетически обусловленный характер. Нельзя исключать возможность усугубления нарушения иммунного гомеостаза относительно или абсолютной недостаточности, увеличением концентрации гормональных и негормональных его антагонистов. Повышение концентрации иммуноглобулинов А и М можно рассматривать как один из компенсаторных механизмов поддержания иммунного гомеостаза или как один из результатов постоянной антигенной стимуляции. Тенденция к уменьшению содержания иммуноглобулина G, вероятно, связана с его участием в построении ЦИК или отражает дисбаланс в системе В-лимфоцитов.

Поступила 01.02.90.

УДК 616.89—008.441.13

ИССЛЕДОВАНИЕ ЛИЧНОСТИ БОЛЬНЫХ АЛКОГОЛИЗМОМ НА РАЗЛИЧНЫХ ЭТАПАХ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Л. К. Шайдукова, И. Г. Кузнецов

Кафедра психиатрии (зав.— проф. Д. М. Менделевич)

Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института имени С. В. Курашова

В последние два десятилетия в научной литературе появилось множество работ, посвященных экспериментально-психологическому исследованию личности больных алкоголизмом [3—6]. В наиболее фундаментальном из них [6] на большой выборке больных алкоголизмом с помощью методики ММРІ были выделены основные типы личности. Однако остается неясным, какие характерологические особенности были привнесены в процессе злоупотребления алкоголем, так как исследованию подвергались все больные алкоголизмом независимо от алкогольного «стажа», структуры и темпа заболевания. Вместе с тем в практической деятельности весьма важным является оценка личности больных алкоголизмом, соотношение характерологических особенностей на различных этапах заболевания.

С этой целью было обследовано с помощью классического варианта ММРІ

(550 утверждений) 202 человека, больных алкоголизмом. Из них 62 пациента впервые обратились за помощью с целью избавления от алкоголизма по методу Г. А. Шичко, 70 больных были лечены в прошлом неоднократно и в периоде обследования проходили лечение традиционными методами. 70 человек находились в многолетней терапевтической ремиссии. Экспериментально-психологические методы исследования дополнялись клинико-психопатологическими. Выбор этих групп больных основывался как на признаках «первичности», «вторичности», «ремиссионности», так и на клинико-психопатологической оценке личности больных и их заболевания.

В группе «первичных» больных из трех ведущих синдромов алкоголизма [2] — абстинентного синдрома, синдрома патологического влечения к алкоголю и деградации личности — первых двух выявлено не было. Эти лица изна-