

занные с персистирующей вирусной и бактериальной инфекцией. Они выражались в уменьшении абсолютного и относительного содержания CD3+, CD4+, CD16+ лимфоцитов, снижении концентрации Ig A и G, повышении Ig M и E. У больных с гематурической формой хронического гломерулонефрита в периоде клинко-лабораторной ремиссии аналогичные нарушения иммунной системы были ещё более выражены. Больные с иммунологической недостаточностью подвержены респираторным вирусным инфекционным заболеваниям, которые провоцируют обострение гломерулонефрита, что требует назначения преднизолона или цитостатиков. Таким образом, возникает порочный круг, разорвать который можно только применением иммуномодуляторов. Для повышения неспецифической резистентности и профилактики вирусных инфекций у больных с почечной патологией применяли дибазол, тимоген, нуклеинат натрия, ликопид, левамизол. В клинической практике перспективно использование медиаторов иммунного ответа – интерферонов, интерлейкинов, которые обладают противовирусной и противоопухолевой активностью. Хорошим эффектом обладали виаферон, реаферон, лейкинферон.

Хронический пиелонефрит также сопровождается отчётливыми нарушениями иммунного статуса, у всех больных отмечались признаки вторичного иммунодефицитного состояния, приводящего к утяжелению заболевания, длительному персистированию микроорганизмов в почках, инфицированию слабопатогенными ауто- и экзобактериями, вызывающими вялотекущий воспалительный процесс. Анализ иммунологических показателей у больных хроническим пиелонефритом в периоде ремиссии выявил изменения разной степени выраженности и направленности: дефицит Ig A, нарушения в субпопуляциях T-лимфоцитов, недостаточность фагоцитоза и комбинированные нарушения иммунной системы. В периоде обострения изменения усиливались, отмечалась активация процессов фагоцитоза. Таким больным целесообразно применение тималина, левамизола, бронхомунала, виферона. С профилактической целью использовали препараты растительного происхождения – иммунал, элеутерококк, родиолу розовую.

Анализ опыта применения иммунотропных препаратов у больных с хронической почечной патологией свидетельствует о целесообразности использования иммунокоррекции в комплексной терапии почечных заболеваний. Это позволяет улучшить результаты лечения, снизить частоту рецидивов и инфекционных осложнений, а также увеличить время ремиссии. Иммуностимулирующие средства при аутоиммунных заболеваниях не оказывают существенного влияния на патогенез и не могут быть альтернативным лечением. В некоторых случаях иммунофармакологические препараты служат препаратами выбора, без которых невозможно добиться существенного эффекта в лечении заболевания. Применение иммуномодуляторов необходимо проводить с использованием показателей иммунограммы для каждого конкретного больного для уточнения нарушенных звеньев иммунитета, требующих коррекции. Желательно использование пре-

паратов нового поколения, более мягкого действия с обоснованным селективным эффектом.

ИММУНОПАТОЛОГИЯ РОЖИСТОГО ВОСПАЛЕНИЯ

Парахонский А.П., Цыганок С.С.
*Кубанская медицинская академия,
госпиталь ветеранов войн,
Краснодар*

Цель работы – комплексное исследование показателей неспецифической резистентности и иммунитета и обоснование механизмов формирования кожных поражений у больных рожей. Наблюдали 212 больных с различными формами рожистого воспаления (РВ). У больных РВ изучали в динамике инфекционного процесса: фагоцитарную активность нейтрофилов и моноцитов крови, функциональную активность нейтрофилов крови в НСТ-тесте, общую комплементарную активность сыворотки крови, содержание С3-компонента комплемента, абсолютное и относительное количество CD3+, CD4+, CD8+ лимфоцитов, абсолютное и относительное количество В-лимфоцитов и их субпопуляций, концентрацию в крови иммуноглобулинов классов А, G, М, Е, количественный уровень и качественный состав циркулирующих иммунных комплексов (ЦИК).

Проведенные исследования показали, что к наиболее часто регистрируемым сдвигам со стороны показателей неспецифической резистентности и иммунитета у больных в начальном периоде РВ относятся: снижение уровня завершённости фагоцитоза нейтрофилами, увеличение НСТ-клеток, повышение концентрации в крови С3-компонента комплемента, снижение абсолютного количества CD3+, CD4+ клеток, уменьшение коэффициента CD4+/CD8+лимфоцитов, повышение в крови уровня ЦИК. Выявлено резкое угнетение показателей завершённости фагоцитоза, особенно со стороны нейтрофильных лейкоцитов. В начальном периоде рожи существенно возрастает число спонтанных НСТ-положительных клеток и их выраженная активация. Полученные результаты свидетельствуют об избирательном, специфически ориентированном угнетении активности нейтрофилов и моноцитов у больных РВ в разгар заболевания.

Анализ показателей клеточного иммунитета выявил у больных РВ параллельно с увеличением среднего числа лейкоцитов крови развитие абсолютной и относительной лимфопении, обусловленной снижением числа CD3+клеток, поскольку со стороны популяции В-лимфоцитов и их субпопуляций существенных количественных отклонений от нормальных величин не зарегистрировано. В начальном периоде РВ выявлено значительное снижение в крови количества CD4+ лимфоцитов, обеспечивающих хелперно-индукторные функции. Существенно снижались и коэффициент CD4+/CD8+лимфоцитов. Количество CD8+ клеток не претерпело заметных сдвигов при РВ. В уровне сывороточных иммуноглобулинов классов М, G, А не обнаружено существенных и закономерных сдвигов в динамике болезни. Показано непосредственное участие специфических противостреп-

тококовых иммуноглобулинов класса Е в патогенезе рожки и её кожных проявлений. Зарегистрировано значительное повышение содержания ЦИК в крови больных рожистым воспалением, особенно в начальном периоде болезни. Исследования показали отсутствие достоверных изменений комплементарной активности крови у больных РВ в динамике развития болезни. Однако концентрация С3-компонента комплемента была значительно выше, чем у здоровых людей.

Корреляционный анализ позволил установить зависимость содержания в крови больных РВ С3-компонента комплемента и ЦИК, что является свидетельством участия ЦИК в активации комплементарной системы крови при РВ. Отрицательная связь выявлена также между показателем завершённости фагоцитоза нейтрофилами и содержанием в крови больных РВ общих и противострептококковых иммуноглобулинов класса Е. Сдвиги исследованных показателей неспецифической резистентности и иммунитета у больных рожей по мере выздоровления претерпевали обратное развитие, но к моменту выписки больных из стационара нормальных величин достигали только средние показатели активности фагоцитоза, спонтанного НСТ-теста и относительного количества CD3+ лимфоцитов.

Выявленные у больных рожистым воспалением иммунологические сдвиги отражают своеобразие реагирования их систем защиты на внедрение, размножение и персистирование гемолитического стрептококка. Выраженная сенсбилизация Т-лимфоцитов к компонентам гемолитического стрептококка и количественные сдвиги со стороны субпопуляций Т - клеток отражают развитие не столько антимикробных, а в большей степени компенсаторных реакций организма. Угнетение завершённости фагоцитоза у нейтрофилов и моноцитов, обнаруженная в начальном периоде болезни, способствует накоплению возбудителя в дерме, что вынуждает организм больных РВ включать запасные механизмы местного уничтожения гемолитического стрептококка, таких как аллергическая реакция иммуноглобулин Е-зависимого типа. Возможно, её развитие у больных РВ в значительной мере обеспечивает эффективное уничтожение возбудителя, но с формированием своеобразного воспаления кожи иммунопато-логического характера. Закономерное выявление у больных рожистым воспалением повышенного содержания в крови ЦИК и С3-компонента комплемента, коррелирующих друг с другом, свидетельствует об участии в патогенезе рожистого воспаления реакций иммунокомплексного типа. Выяснение роли совместного участия в патогенезе РВ аллергических реакций двух типов может быть полезна для совершенствования терапии этого заболевания.

НАРУШЕНИЯ ИММУННОЙ СИСТЕМЫ У БОЛЬНЫХ ПНЕВМОНИЕЙ И МЕТОДЫ ИХ КОРРЕКЦИИ

Парахонский А.П.

*Кубанская медицинская академия,
Краснодар*

Иммунологические нарушения, обнаруживаемые у больных с различными формами неспецифических воспалительных заболеваний лёгких, рассматриваются как фактор, во многом определяющий течение заболевания, способствующий поддержанию воспалительного процесса, влияющий на процессы морфологического и функционального восстановления лёгочной ткани.

Цель работы – изучение характера и степени выраженности изменений гуморального и клеточного иммунитета, иммунорегулирующего действия лимфоцитов у больных острыми пневмониями (БП) в зависимости от особенностей течения заболевания. 106 больных проходили клиническое, лабораторное, инструментальное обследование и определение иммунограмм.

Изучение показателей иммунитета показало, что в острой фазе у БП наблюдается достоверное снижение количества CD3+, увеличение SD4+ лимфоцитов, выраженность которых связана с особенностями течения и исходом заболевания. Содержание активированных лимфоцитов было значительно ниже, чем у здоровых людей лишь в группе БП с исходом в пневмофиброз. Содержание В-лимфоцитов в острой фазе, хотя и имело тенденцию к снижению, но существенно не отличалось от контроля, что свидетельствует о больших функциональных резервах системы гуморального иммунитета. Лимфоциты БП затяжного течения и с исходом в пневмофиброз в острой фазе отличались более выраженным разбросом показателей, характеризующих активацию или супрессию.

Исследования выявили у БП изменения Т - системы иммунитета, выражающиеся в нарушении регуляторных и эффекторных функций Т-клеток, зависимость их от фазы, клинического течения и исхода заболевания. Динамика иммуноглобулинов (Ig) согласуется с изменениями Т-системы у этих больных, отражая сбалансированный ответ иммунной системы (ИС) на воспалительный процесс. Более значительная и длительная гипериммуноглобулинемия А и М наблюдалась у БП с исходом в пневмофиброз. Как оказалось, увеличение Ig А способствует развитию аутоиммунных реакций, что является одним из звеньев патогенеза пневмоний затяжного течения, формирования очагов пневмофиброза.

Анализ данных иммунологического обследования БП установил тесную взаимосвязь между особенностями клинического течения и изменениями иммунитета, что позволило уже в острой фазе с высокой степенью вероятности определить критерии перехода заболевания в затяжное течение или развитие пневмофиброза. К этим критериям относятся уровни Ig М и А, а также хелперно-супрессорный индекс и показатели регуляции лимфоцитами БП пролиферации и миграции клеток к тест-системам