



## Показатели клеточного иммунитета при респираторных инфекциях

Провели обследование больных с респираторной инфекцией. Обследованы 23 детей и подростков с вирусной инфекцией в Городской детской поликлинике № 8 города Алматы. Исследование иммунного статуса включало анализ клеточного звена методом непрямой мембранной иммунофлюоресценции.

Основными жалобами были кашель, повышение температуры тела, насморк и симптомы интоксикации (недомогание, слабость, головная боль, снижение аппетита и нарушение сна). Изменений клеточного иммунитета при остром бронхите не выявлено.

**3** а последние годы накоплен значительный научный материал о состоянии общей иммунореактивности организма при респираторных инфекциях. Болезни легких и бронхов во все времена являлись одной из основных причин заболеваемости и смертности населения.

В настоящее время заболевания органов дыхания представляют доминирующую патологию во многих странах мира. До настоящего времени в Республике Казахстан самыми высокими остаются болезни органов дыхания [24]. Заболевания органов дыхания преобладают у детей и подростков г. Алматы – (9740/00); рост заболеваемости на 31,8%. Типичными пиками нарастания частоты этих заболеваний являются конец декабря и начало марта. Многочисленные исследования показали, что формирование респираторных инфекции происходит на фоне взаимодействия целого ряда эндогенных и экзогенных факторов. В развитии заболевания основное значение имеют переохлаждение, алкоголизм, воздушные поллютанты (пыль, химические агенты), очаги хронической инфекции в носоглотке, гипертрофия носоглоточных и небных миндалин, иммунодефицитные состояния, курение (в т.ч. пассивное), наличие трахеостомы, детский возраст, рефлюкс-эзофагит, ХОБЛ, хронический синусит и др. Среди этиологических факторов, часто вызывающие инфекции у детей и у лиц с угнетенным иммунитетом, являются бактериальные возбудители (*S. pneumoniae*, *H. influenzae*, *S. aureus*, *M. catarrhalis*).

Целью настоящего исследования явилось изучение характера иммунологических изменений при респираторных инфекциях, для определения механизмов формирования иммунодефицитного состояния в респираторной системе и влияние его на течение заболевания.

Материал и методы. Обследованы 23 детей и подростков с вирусной инфекцией в Городской детской поликлинике № 8 города Алматы. Иммунологические исследования проводили в лаборатории Центра аллергологии и иммунологии „Стэмкорт“. Исследование иммунного статуса включало анализ клеточного звена методом непрямой мембранной иммунофлюоресценции.

Основными жалобами были кашель, повышение температуры тела, насморк и симптомы интоксикации (недомогание, слабость, головная боль, снижение аппетита и нарушение сна).

Среди клинических признаков у детей и подростков, доминирующими симптомами были кашель и повышение температуры тела. Кашель появлялся первые сутки или даже первые часы заболевания, в течение дня был равномерным, у некоторых – больше по утрам. Повышение температуры тела отмечалось у всех пациентов. В группе у 11,3% температура тела достигала высоких цифр, у 88,7% – до субфебрильных цифр, в среднем составляла 37,7±0,240С У детей и подростков продолжительность лихорадочного периода не превышала 4-5 дней. В начале заболевания подъем температуры сопровождался сухим кашлем. Подавляющее большинство пациентов также жаловались на общую слабость и недомогание.

При физикальном исследовании выраженных изменений обычно не наблюдалось. При перкуссии над легкими определялся легочный звук. При аускультации выслушивались рассеянные сухие хрипы, реже – разнокалиберные влажные хрипы на фоне усиленного везикулярного (жесткого) дыхания. У больных детей выраженность клинических симптомов через неделю от начала заболевания достоверно уменьшилась, и длительность течения в среднем составляла 8-10 дней. За этот период практически у всех больных прошел кашель и нормализовалась аускультативная картина.

Таблица1- Показатели клеточного иммунитета при респираторной инфекции у детей и подростков 7-13 лет (абс. ч; %)

Показатели		Основная группа	Контр. группа	Достоверные различия между группами
		без наркомании		P
СД3	%	56,8±2,9	62,3±1,5	-
	абс.ч.	1,32±0,06	1,15±0,037	-
СД4	%	35,5±2,1	36,8±0,7	-
	абс.ч.	0,82±0,04	0,68±0,024	-

СД8	%	26,0±0,8	25,7±0,6	-
	абс.ч.	0,62±0,04	0,47±0,02	-
СД16	%	16,2±2,03	9,6±0,22	-
	абс.ч.	0,36±0,05	0,19±0,01	p<0,01
СД72	%	14,1±1,58	9,3±0,3	-
	абс.ч.	0,31±0,04	0,19±0,01	p<0,05
СД4/8		1,3±0,04	1,44±0,04	-

У детей с основной группы в крови достоверно повышается количества СД16 и СД72-лимфоцитов.

При исследовании состояния клеточного иммунитета у подростков 14-18 лет у больных вирусной инфекцией детей существенных отклонений от нормального клеточного состава крови не установлено

Таблица 2 – Показатели клеточного иммунитета при респираторной инфекции у детей и подростков 14-18 лет (%; абс.ч.)

Показатели		Основная группа	Контр. группа	Достоверные различия между группами
				P
СД3	%	61,1±3,2	67±0,33	-
	абс.ч.	1,08±0,05	1,0±0,02	-
СД4	%	36,0±1,2	39,0±0,4	-
	абс.ч.	0,64±0,05	0,58±0,01	-
СД8	%	26,6±0,98	26,3±0,33	-
	абс.ч.	0,47±0,04	0,43±0,025	-
СД16	%	11,3±0,6	10,7±0,23	-
	абс.ч.	0,19±0,015	0,17±0,006	-
СД72	%	12,3±0,6	10,9±0,25	-
	абс.ч.	0,21±0,015	0,17±0,006	-
СД4/8		1,33±0,07	1,48±0,02	-

Таким образом, необходимо отметить что при респираторных инфекциях подростков, не наблюдаются существенные отклонения.

#### Литература

1. Учайкин В.Ф. Острые респираторные заболевания у детей // Детский доктор. – 1999, № 1. – С. 33-35.
2. Гавлов С.М. Гиперреактивность бронхов как один из ведущих патофизиологических механизмов в возникновении "рецидивов" бронхолегочных заболеваний у детей, перенесших пневмонию или ОРВИ // Детский доктор. – 1999, №4. – С.19-24.
3. Kawamoto R., Asai Y., Nago N., Okayama M., Mise J., Igarashi M. A study of clinical features and treatment of acute bronchitis by Japanese primary care physicians // Fam. Pract. – 1998. – Vol. 15. – P. 244-251.

#### Респираторлы инфекция кезде жасуша иммунитетін көрсеткіштері

Смағұлова А.Б., Цай Р.К., Луқланова Г.Т., Жумабаева Г.А., Алтаева Ж.А., Садуова С.Т., Құлбаева Г.М., Омарғалиева Г.А.

Респираторлы инфекциямен ауыратын зерттеуден өткізілді. № 8 Қалалық балалар ауруханасында респираторлық инфекциясы бар 23 балалар тексерілді. Иммунодақ

зерттеулер мембранды иммунофлюоресциция әдіспен өткізілді.

Негізгі шағымдары жөтел, дене қызылуының көтерілуі, интоксикация симптомдары (әлсіздік, бас ауруы, тәбетінің нашарлауы және ұйқысының бұзылуы) болды. Клеткалық иммунитетте иммундық өзгерістер анықталынған жоқ.

#### Indicators of cellular immunity in respiratory infections

Smagulova A.B., Sai R.K., Lukpanova G.T., Gumabaeva G.A., Altaeva G.A., Saduova S.T., Culbaeva G.M., Omgaliev G.A.

Have carried investigation of patients with a respiratory infection. Are surveyed 23 children and teenagers with a virus infection in City children's polyclinic № 8 cities of Almaty. Research of the immune status included the analysis of a cellular link a method of an indirect membrane immunofluorescence.

Cough, body rise in temperature, cold and intoxication symptoms were the basic complaints (the indisposition, weakness, a headache, decrease in appetite and dream infringement). At immunology test observed more coarse disturbances in compare with non drug addict children and teenagers.

*Смагулова А.Б., Цай Р.К., Лукпанова Г.Т., Жумабаева Г.А., Алтаева Ж.А., Садуова С.Т., Кулбаева Г.М., Омарғалиева Г.А.*

*Казахский Национальный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова, ГДП №8*

**Теги:** бронхи, заболевание, иммунология, инфекция

---