

разом, плейотропный характер действия ИЛ-1 делает его одним из центральных регуляторов иммунного ответа и местной воспалительной реакции.

Нами пролечено 17 больных с открытой черепно-мозговой травмой, ушибами мозга различной степени тяжести, 6 больных с переломами трубчатых костей, 3 больных с хроническими эмпиемами плевры, 8 пациентов с хроническими везикулопростатитами. Мы исследовали клиническое течение заболевания, абсолютное количество лейкоцитов, нейтрофилов и лимфоцитов в крови, лейкоцитарную формулу, CD3⁺, CD4⁺, CD8⁺, CD22⁺; CD16⁺, CD95⁺ - лимфоциты; лизосомную, фагоцитарную, НСТ-редуцирующую, секреторную функции нейтрофилов в крови, ликворе, плевральном экссудате; уровень иммуноглобулинов А, М, G; уровень провоспалительных цитокинов; компоненты комплемента.

Препарат вводился внутривенно капельно в дозе 5 мг/кг на изотоническом растворе NaCl в течение 2-4 часов.

У больных с открытыми черепно-мозговыми травмами, пролеченных беталейкином, отмечен более быстрый регресс неврологической симптоматики, восстановление высших нервно-психических функций, нормализация ЭЭГ, показателем мозгового кровотока в сравнении с контрольной группой больных. Снижение абсолютного количества лимфоцитов, Т-хелперов, CD4⁺/CD8⁺ соотношения, функциональной активности нейтрофилов в острый период травматической болезни у больных, получавших беталейкин, было не столь выраженным, как у больных контрольной группы.

Больные с механическими травмами трубчатых костей на фоне терапии беталейкином отмечали улучшение общего состояния. При иммунологическом обследовании выявилась тенденция к повышению абсолютного количества лимфоцитов, Т-хелперов, CD4⁺/CD8⁺ соотношения, активности и интенсивности фагоцитоза.

У больных с хроническими эмпиемами плевры после окончания курса лечения отмечались нормализация температуры тела, снижался объем суточного отделяемого по дренажам из остаточных полостей, в общем анализе крови — нормализация СОЭ, количества лимфоцитов, уменьшались сдвиг формулы крови влево и анизоцитоз эритроцитов. При исследовании пунктата установлено, что у всех пациентов увеличилось общее количество клеток в 2 и более раза, преимущественно за счет нейтрофилов. Наблюдалась тенденция к повышению низкой и к уменьшению высокой лизосомальной активности нейтрофилов и моноцитов.

У больных с хроническими везикулопростатитами, получавших беталейкин, исчезал или значительно уменьшался болевой синдром, проходили дизурические явления, усиливалась потенция. Количество лейкоцитов и лецитиновых зерен в секрете предстательной железы нормализовались у 87% пациентов. Анализ иммунологических данных после терапии выявил отчетливую тенденцию к нормализации показателей.

На фоне терапии у больных уменьшалось количество жалоб, улучшались настроение, аппетит, наблюда-

лась явная положительная динамика в течении заболевания. Пирогенный эффект при введении препарата присутствовал у 83% больных, из них в 58% случаев лихорадка достигала фебрильных цифр. У 2 пациентов наблюдалась высокая лихорадка продолжительностью от 12 до 24 часов, не купирующаяся антипиретиками.

Использование ронколейкина при лечении гнойных инфекций

Закревская А.В., Березина Л.А., Куляшова Л.Б.

Больница Св.Великомученика Георгия
Санкт-Петербург, Россия

В 1996-1997 гг. на базе больницы Св. Георгия были проведены клинические испытания ронколейкина (интерлейкина-2) на больных с рецидивирующим рожистым воспалением (9 человек) и сепсисом (5 человек). Препарат вводился в дозе 500 тыс.ед. внутривенно капельно двукратно с интервалом между инъекциями 24 часа. Иммунологические показатели изучали накануне и через 24 часа после введения ронколейкина по следующим параметрам: количество лимфоцитов (зрелых Т-, В-клеток), фагоцитарная активность нейтрофилов, концентрация иммуноглобулинов классов А, М, G, циркулирующих иммунных комплексов. Полученные результаты представлены в таблице. Как видно из таблицы, показатели иммунограммы при рецидивирующем рожистом воспалении достоверно не отличались от аналогичных показателей у здоровых доноров. После введения ронколейкина наблюдалось незначительное снижение количества лимфоцитов всех популяций и повышение фагоцитарной активности нейтрофилов. После повторного введения ронколейкина уровень зрелых Т-лимфоцитов повышался, приближаясь к исходным, а уровень зрелых В-клеток был достоверно выше первоначального показателя. Число активных фагоцитов после второй инъекции ронколейкина резко снизилось и было достоверно ниже исходного уровня. При сепсисе, напротив, наблюдали резкое угнетение иммунитета: абсолютная лимфопения (выраженное снижение количества Т-и В-лимфоцитов), снижение фагоцитарной активности нейтрофилов. После введения ронко-

Таблица

Исслед. параметр	Рецидив рожист. восп.			Сепсис		
	I	II	III	I	II	III
CD3 ⁺	1964,3	1125,5	1536,7	320,3	1191,8	999,3
CD20 ⁺	299,5	128,3	364,3	130,2	148,2	308,3
CD25 ⁺	275,3	239,6	241,5	254,5	233,2	375,6
ФАК	54,7	60,1	44,1	35,3	54,2	31,8
ФИ	7,7	6,9	7,4	8,9	12,6	7,3
IgA	1,4	2,0	1,3	0,81	0,93	1,6
IgM	1,4	1,3	2,0	0,82	1,49	0,98
IgG	12,3	11,4	10,5	8,2	9,6	9,19
ЦИК	75,9	82,2	69,5	21,3	43,6	51,8

Примечание: I-перед введением ронколейкина, II-после первой инъекции ронколейкина 24 ч., III-после второй инъекции ронколейкина 24 ч.

лейкина регистрировалось повышение числа иммунокомпетентных клеток и активных фагоцитов до уровня здоровых доноров. После второй инъекции ронколейкина количество CD3⁺ клеток несколько снизилось, а численность В-лимфоцитов, напротив, значительно возросла, при этом концентрация иммуноглобулинов достоверно не изменялась. Клинически отмечали значительное улучшение состояния пациента и сокращение срока пребывания в стационаре. Таким образом, использование ронколейкина эффективно для лечения сепсиса, но должно проводиться под обязательным иммунологическим контролем.

Уровни IgE и подклассов IgG в раннем периоде после аллогенной трансплантации костного мозга (алло-ТКМ)

Климович А.В., Крутецкая И.², М.Т. ван Линт¹, Самойлович М.П.², Афанасьев Б.В., Подольцева Э.И. *Центр трансплантации костного мозга КЦПМТ, Санкт-Петербург, ¹Centre Trapianti di Midollo Osseo, Ospedale San Martino, Генуя, Италия, ²Центральный научно-исследовательский рентгенорадиологический институт, Санкт-Петербург*

Введение. Ранее неоднократно сообщалось о длительном дефиците IgG после алло-ТКМ и о повышении уровня IgE во время острой реакции "трансплантат - против - хозяина" (ОРТПХ).

Цель работы. Исследовать концентрации IgE и подклассов IgG в сыворотке крови в раннем периоде (0-100 дней) после алло-ТКМ и оценить значимость их определения в клинике миелотрансплантации.

Материалы и методы. В сериях сывороток от 36 пациентов, подвергшихся алло-ТКМ (10 из Санкт-Петербургского центра ТКМ и 26 — из Ospedale San Martino) определяли содержание IgE, IgG1, IgG2, IgG3 и IgG4 методом двухцентрового твердофазного иммуноферментного анализа на основе моноклональных антител. В качестве исходных были приняты показатели, полученные в период с D-20 по D⁺1-5. В дальнейшем сбор сывороток для анализа проводили либо систематически (D14, 21, 60, 100), либо с D7 еженедельно и чаще (в том числе — ежедневно). Оценивали отклонения концентраций субклассов IgG от нормальных значений (по данным ВОЗ), а также колебания всех исследуемых показателей в динамике у каждого пациента.

Результаты. Во время проведения протокола кондиционирования отмечено снижение уровней подклассов IgG до пограничных или субнормальных величин. В раннем периоде после алло-ТКМ в подавляющем большинстве образцов выявлены нормальные или незначительно превышающие нормальные уровни подклассов IgG. Значимое снижение содержания подклассов IgG зарегистрировано в единичных случаях. Во время развития ОРТПХ у всех больных зарегистрировано значимое синхронное возрастание концентраций IgG всех подклассов (от верхней границы нормы до 5-кратного ее превышения). У

большинства пациентов во время развития ОРТПХ отмечен подъем концентрации IgE одновременно с повышением уровня IgG. В случаях успешной терапии ОРТПХ препаратами глюкокортикоидных гормонов содержание иммуноглобулинов всех изотипов снижалось.

Выводы. Развитие ОРТПХ после алло-ТКМ сопровождается нарастанием концентрации IgG всех подклассов и, как правило, подъемом уровня IgE, что можно рассматривать в качестве дополнительного диагностического критерия ОРТПХ. Мониторинг данных показателей может быть полезен в оценке эффективности терапии ОРТПХ.

Динамика вирусологических и иммунологических показателей у детей с хроническим гепатитом при лечении циклофероном

Мальшкни К.А., Горячева Л.Г., Рогозина Н.В., Тихонова В.А., О.А.Аксенов, Мукомолова А.Л., Коваленко А.Л., Романцов М.Г. *Отдел иммунологии, НИИ экспериментальной медицины РАМН, Санкт-Петербург; НИИ детских инфекций, Санкт-Петербург*

В механизме поражения печени при хронических вирусных гепатитах играют роль два основных фактора: вирусная репликация и иммунный ответ больного. Под действием вируса гепатита В формируется вторичный иммунодефицит, способствующий развитию хронического процесса. В качестве этиотропной терапии при гепатите используются экзогенные интерфероны или их индукторы. Интерферогены обладают выраженной противовирусной активностью, однако иммуномодулирующие эффекты интерферогенов изучены недостаточно.

Целью данного исследования явилось изучение клинической эффективности препарата циклоферон (ЦФ) — отечественного индуктора эндогенного интерферона, у детей, больных хроническим гепатитом В (ХГВ) и оценка его влияния на вирусологические и иммунологические показатели. Обследовано 25 детей с ХГВ, из них 14 человек в течение 3 месяцев получали ЦФ в дозе 7500 мг, 11 человек — карсил (группа сравнения).

После завершения курса ЦФ отмечалась нормализация уровня АлАТ у 72,8%, в группе сравнения — у 62,5%. Через 6 мес. после окончания лечения ЦФ реверсия ДНК-НВВ составила 47,0%, НВеАг — 60,1%, а обнаружение НВСаг оставалось высоким и составляло 81,4%. В группе сравнения реверсия ДНК и НВеАг не выявлена. У всех детей, вне зависимости от динамики критериев репликации, установлено существенное нарастание уровней ИФНа и ИФНг. У больных с положительным клиническим эффектом циклоферонотерапии было отмечено следующие изменения иммунологических показателей: количество CD3⁺ и CD4⁺ Т-лимфоцитов, исходно сниженное у большинства детей в процессе лечения повысилось у подавляющего большинства детей. Количество CD16⁺ ЕК, исходно пониженное у большинства