Изменения показателей местного иммунитета ротовой полости у больных при хроническом генерализованном пародонтите разной степени тяжести

Булгакова А.И., Медведев Ю.А., Миргазизов М.З., Валеев И.В., Ярмухамедова А.Г.
Башкирский государственный медицинский университет, Уфа, Башкортостан

Одним из важных моментов, определяющих степень тяжести течения ХГП, является состояние местных факторов защиты ротовой полости. Ввиду этого нами были исследованы показатели статуса и реактивности местных механизмов иммунитета полости рта у больных хроническим пародонтитом с различными степенями тяжести данной патологии.

В слюне, ротовой жидкости и периферической крови десны 103 больных парадонтитом легкой, средней и тяжелой степени исследованы: содержание клеточных элементов в жидкости пародонтального кармана, поглотительная способность фагоцитов и их активность в НСТ-тесте; содердание в слюне иммуноглобулинов классов IgG, IgA и sIgA, а также ряда цитокинов – фактора некроза опухол- альфа (ФНО-α), интерлейктнов (ИЛ) - ИЛ-1β, ИЛ-4 , и гамма- интерферона (ИФ-γ), которые определяли с помощью иммуноферментных тест-систем иммуноферментного анализа.Типирование лимфоцитов переферической крови десны проводилось в реакции непрямой иммунофлюоресценции при визуальном контроле результатов с использованием моноклональных антител против СД3, СД4, СД8, СД16, СД22, СД25, СД95, СД71 и HLA-DR –антигенов.

При изучении фагоцитарных механизмов местной защиты ротовой полости установлено, что показатели поглотительной активности нейтрофилов периферической крови десны при всех степенях тяжести хронического пародонтита достоверно ниже чем в контрольной группе. Результаты исследования спонтанного НСТ-теста , свидетельствующие о самопроизвольной активации фагоцитарных клеток у больных с хроническим пародонтитом, были достоверно выше, чем у здоровых лиц. При этом результаты стимулированного и спонтанного НСТ теста у больных с легкой, средней и тяжелой степенями заболевания практически не различались. Содержание иммуноцитокинов в слюне пациентов с различной степенью тяжести хронического пародонтита значительно вариировало: ФНО-α было примерно одинаково у больных с легкой и тяжелой степенью тяжести, но увеличено - у больных со средней тяжестью данной патологии; ИЛ - 1β и ИЛ – 4 - у больных всех степеней тяжести хронического пародонтита было примерно одинаково, ИФ-γ - у пациентов второй группы было достоверно ниже нежели у таковых первой и третей групп. При хроническом пародонтите увеличивается содержание лимфоцитов в периферической крови десны за счет достоверного возрастания зрелых периферических Т-лимфоцитов (СД3) и Т – хелпер-индукторов (СД4) по мере усугубления тяжести поражения пародонта. Количество цитотоксических лимфоцитов (СД8) в группах с разными степенями тяжести данного заболевания не различается, но достоверно выше чем в контрольной группе. Содержание В-лимфоцитов (СД22) у больных с легкой и средней тяжестью заболевания не отличалось от нормальных значений, но было выше более чем в два раза у пациентов с тяжелой степенью данной патологии. Количественное содержание естественных киллерных клеток – СД16 у лиц, страдающих хроническим пародонтитом выше, чем у здоровых людей, но при средней степени тяжести достоверно ниже чем при легкой и тяжелой. Активационные показатели лимфоцитов - HLA DR , СД25, СД95, СД71 у больных хроническим пародонтитом достоверно не отличались от таковых у здоровых лиц. Полученные данные позволили разработку методов комплексных методов лечения парадонтитов с местным использованием препаратов миелопида и лейкоцитарного интерферона.

Клиническая картина саркомы капоши у ВИЧ-инфицированных

Веревщиков В.К., Дмитриева С.П., Власова Э.В., Борзунов В.М.
Уральская государственная медицинская академия, Свердловский областной центр по борьбе и профилактике СПИДа, Екатеринбург

Интенсивное распространение ВИЧ-инфекции оказало большое влияние на развитие представлений о саркоме Капоши (СК). К 1989 г. СК отмечалась у 15% всех зарегистрированных в США случаев СПИДа, причем являлась первым его проявлением. В настоящее время СК продолжает оставаться одним из диагностических критериев СПИДа. СПИД-ассоциированная СК обычно более злокачественная, чем классическая и характеризуется быстрым развитием кожно-слизистых проявлений, частым поражением внутренних органов – легких, желудочно-кишечного тракта, оболочек мозга, лимфатических узлов и др. В 50-60% случаев СК встречается у мужчин-гомосексуалистов, и значительно реже – у лиц, принадлежащих к другим группам риска инфицирования ВИЧ.

В качестве примера приводим собственное наблюдение течения СК, послужившей причиной смерти у ВИЧ-инфицированного мужчины. Больной Р., 40 лет, наблюдался по поводу ВИЧ-инфекции с ноября 1999 г. в одном из районов области. В течение 2000 г. больной амбулаторно перенес последовательно ОРЗ, ангину, обострение хронического бронхита, хронического гайморита, острую пневмонию. С ноября 2001 г. стал отмечать ухудшение самочувствия, боли и отечность в левой нижней конечности, в области левого бедра и передней поверхности брюшной стенки появились темно-фиолетовые пятна. В марте 2002 г. регистрировалось повышение температуры тела до 38^0С, кашель со скудной мокротой, одышка, количество кожных элементов стало увеличиваться. При госпитализации в стационар в тяжелом состоянии впервые выставлен диагноз: ВИЧ-инфекция, IV стадия (СПИД), диссеминированная СК, герпетическая инфекция I, II типа, кандидоз слизистой рта, гортани, себорейный дерматит, кахексия. На коже верхней трети левого бедра, ягодицы, передней брюшной

стенки – множественные высыпания темно-фиолетового цвета, возвышающиеся над поверхностью кожи, безболезненные при пальпации, от 2-3 мм до 1-1,5 см, поверхность наиболее крупных элементов с участками шелушения. Левая голень и бедро умеренно отечны. На коже вокруг ануса – ограниченные участки изъязвления с мокнутьем, единичные кондиломы. Слизистая ротовой полости розовая, на левой миндалине плотный налет белого цвета, на боковых поверхностях языка так же небольшие участки белого цвета. Пальпируются мелкие, безболезненные шейные, подмышечные лимфоузлы, паховый слева – до 3-х см, плотный, "чувствительный". В общем анализе крови – гемоглобин – 87 г/л, лейкоциты – $5{,}0\times10^9$/л, лимфоциты – 30%, СОЭ – 71 мм/час. В анализах мокроты выделена Candida albicans. Больному начата антиретровирусная терапия (комбивир, вирамун), бисептол, цефазолин, гентамицин, флуконазал. На фоне прогрессивного ухудшения состояния в начале мая 2002 г. больной скончался, патологоанатомическое исследование подтвердило развитие генерализованной формы СК с поражением кожи, лимфатических узлов, глотки, пищевода, желудка, прямой кишки, печени, легких.

Профилактика внутриутробного инфицирования плода с помощью эндогенных аутологичных цитокинов

Вишнякова С.В., Пекарев О.Г., Ефремов А.В., Ширинский В.С., Черных Е.Р.
Новосибирская Государственная Медицинская Академия, НИИ клинической иммунологии СО РАМН, Новосибирск

Внутриутробная инфекция занимает одно из ведущих мест в структуре перинатальной заболеваемости и смертности. В последние годы отмечается возрастание роли восходящего пути инфицирования в возникновении различных видов патологии плода. Согласно исследованиям Н.Н.Русановой (1988), восходящее проникновение инфекции к плодному яйцу наблюдается в 89% всех случаев внутриутробного инфицирования плода, тогда как гематогенный путь инфицирования плода имеет место только в 11% случаев.

Целью настоящего исследования явилась профилактика внутриутробного инфицирования плода путем своевременной адекватной комплексной терапии генитальной инфекции.

Обследовано 90 беременных с впервые выявленной генитальной инфекцией в сроке от 16 до 37 недель беременности. Очевидным было преобладание инфекций передающихся половым путем. Цервикальная инфекция (хламидиоз, микоплазмоз) выявлена в 25,8% случаев, влагалищная (трихомониаз, бактериальный вагиноз, кандидоз) – в 62,7%, частота вирусной инфекции составила 17,8%. Смешанная банальная и условнопатогенная микрофлора выявлена у 15,5% беременных. Моноинфекция отмечалась лишь у 25,6% беременных.

Всем обследованным проведена общепринятая комплексная противовоспалительная этиопатогенетическая терапия. Двадцати пяти беременным (основная группа), наряду с традиционной терапией, в комплекс лечения включали кондиционную среду, представляющую комплекс аутологичных эндогенных цитокинов, полученных при стимуляции мононуклеарных клеток пациенток рекомбинантным интерлейкином 2. Кондиционная среда назначалась в виде вагинальных тампонов, которые вводили на 3 часа ежедневно в течение 10 дней.

В основной группе эрадикация возбудиталя достигнута у всех беременных, тогда как в группе сравнения – у 92,6%. Полное купирование субъективных ощущений (зуд, жжение, чувство дискомфорта в области наружных половых органов и влагалища) при использовании в комплексе терапии кондиционной среды достигнуто у всех больных, при использовании традиционной терапии – у 91,3%. Купирование признаков воспаления отмечено на 3-4 сутки лечения в основной группе, в контрольной – на 5-7-е, исчезновение патологических выделений из половых путей в основной группе отмечалось на 2-3 сутки, в контрольной – на 4-7 сутки. Признаков внутриутробного инфицирования не отмечено у беременных основной группы, в группе сравнения у 4 беременных, несмотря на проведение 2-х курсов терапии (при отсутствии эрадикации возбудителя после первого курса) во втором триместре беременности, отмечались признаки внутриутробного инфицирования и роды произошли преждевременно.

Полученные данные свидетельствуют об эффективности комплекса аутологичных эндогенных цитокинов в лечении генитальной инфекции у беременных и профилактике внутриутробного инфицирования плода.

Изучение стабильности наследования локусов VNTR у дефектных по ЛПС вариантов *Fransicella tularensis*

Водопьянов А.С., Павлович Н.В., Водопьянов С.О., Мишанькин Б.Н.
Ростовский-на-Дону научно-исследовательский противочумный институт МЗ РФ

В природных очагах туляремии постоянно проводится комплекс мероприятий, включающий выделение штаммов и изучение их биологических свойств. Метод VNTR-анализа позволяет идентифицировать индивидуальные клоны возбудителей и уже широко применяется для характеристики возбудителей при расследовании вспышек заболеваний.

Исследование коллекции штаммов возбудителя, выделенных в различные годы, показало, высокий консерватизм возбудителя (Олсуфьев Н.Г., 1975; Павлович Н.В. и др., 1991).Вместе с тем, в условиях эксперимента относительно легко могут быть получены и генетически измененные варианты туляремийного микроба (Павлович Н.В. и др.,1993), что может свидетельствовать в пользу пластичности генома туляремийного микроба.

Цель настоящей работы заключалась в изучении стабильности наследования аллельных характеристик