

ВЛИЯНИЕ КОМБИНИРОВАННОЙ ИММУНОКОРРЕГИРУЮЩЕЙ ТЕРАПИИ НА ДИНАМИКУ КЛИНИКО-ИММУНОЛОГИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ У БОЛЬНЫХ ПНЕВМОНИЕЙ С ЛЕГКОЙ СТЕПЕНЬЮ ТЯЖЕСТИ ТЕЧЕНИЯ.

Косовский Г.Ю., Каменев В.Ф., Оболонкова Н.В.

Белгородский государственный университет, кафедра внутренних болезней №2,
г. Белгород, Россия.

Не смотря на успехи достигнутые в лечении пневмонии, эта патология продолжает оставаться одной из актуальнейших проблем современной пульмонологии. Согласно данным, приведенным в отчете Европейского респираторного общества, пневмонии в структуре инфекционных заболеваний дыхательных путей человека составляют 25% (1995), а по данным ВОЗ, в настоящее время более 10% всех госпитализаций с острой патологией связано с пневмониями, причём заболеваемость данной нозологией продолжает расти. При этом отмечается тенденция к увеличению количества тяжелых, атипичных и затяжных форм заболевания, неуклонно возрастает число пневмоний с осложненным течением и летальным исходом.

Известно, что нарушение иммунной реактивности организма является не только определяющим фактором в генерализации воспалительных процессов, в развитии осложнений, в отсутствии или снижении клинического эффекта от проводимой базисной антибактериальной терапии при пневмонии, но и приводит к более тяжелому и затяжному течению заболевания и увеличению летальности.

Активно применяемые антибактериальные средства при лечении пневмоний также могут вызывать дисфункцию со стороны иммунной системы. Сочетание этих двух факторов способны усилить нарушения в системе иммунитета и усугубить иммунодефицит. Нельзя не согласиться с мнением Хайтова Р.М. и соавт. (2000), что оптимальный клинический эффект в лечении больных инфекционными заболеваниями может быть достигнут только при наличии синергизма в действии иммунной системы и антимикробных средств. Поэтому поиск путей по предупреждению дисфункции иммунной системы является акту-

альной проблемой. Так как её восстановление позволит не только значительно улучшить течение любых заболеваний, предупредит их затяжное течение и генерализацию воспалительных процессов, но и повысит клинический эффект от базисной терапии и в конечном итоге предупредит летальность.

Целью настоящей работы является изучение влияния комбинированной иммунокорректирующей терапии на динамику клинико-иммунологических показателей у больных с легкой степенью тяжести течения пневмонии.

В исследование было включено 64 больных пневмонией в возрасте от 15 до 76 лет. Оценка тяжести течения заболевания проводилась в соответствии с клинико-рентгенологическими критериями по формуле определения клинического индекса тяжести пневмонии, разработанными Марчук Г.И. (1985). В зависимости от проводимой терапии больные были распределены на 3 группы. В I-группу вошел 21 больной с легкой степенью тяжести, получавший базисную (антибактериальная и симптоматическая) терапию; во II-группу - 23 пациента, получавших базисную терапию плюс иммунокорректирующую терапию по стандартной методике; в III-группу - 20 больных получавших базисную терапию плюс иммунокоррекцию по запатентованной кафедрой методике. Всем больным осуществлялось клиническое, параклиническое и иммунологическое обследование. Контрольную группу составили 26 практически здоровых лиц.

Статистическая обработка данных проводилась с использованием критерия Стьюдента и χ^2 -теста. Достоверными считались различия при $p < 0,05$.

У больных I- и II- групп средние сроки регрессии основных клинических симпто-

мов не имеют достоверных различий между собой. У больных же I- и III-групп выявлены отличия между сроками купирования таких симптомов как кашель, составившие соответственно $11,8 \pm 0,9$ и $7,6 \pm 0,8$ дней ($p < 0,01$), и сроками отделения мокроты - соответственно $10,5 \pm 1,3$ и $6,9 \pm 0,9$ ($p < 0,05$).

Средняя продолжительность пребывания в стационаре больных I-, II- и III-групп не имеет достоверных различий между собой и составляет соответственно $18,2 \pm 1,2$ дня, $16,4 \pm 0,9$ дня и $15,3 \pm 0,8$ дня (во всех случаях $p > 0,1$).

У больных с легкой степенью тяжести течения пневмонии в первом периоде заболевания наблюдается увеличение показателей спонтанного НСТ-теста нейтрофилов и показателей НСТ-теста лейкоцитов, стимулированных зимозаном, в сравнении с нормой ($p < 0,02$). В дальнейшем, вне зависимости от проводимой терапии, не выявлено достоверных различий в динамике показателей клеточной неспецифической резистентности.

На 1-5 день болезни регистрируется снижение в периферической крови относительного и абсолютного содержания Т-лимфоцитов по сравнению с нормой ($p < 0,001$). Во втором периоде заболевания и на момент выписки из стационара отмечается увеличение как абсолютного, так и относительного количества Т-лимфоцитов, при этом достигая уровня нормы вне зависимости от проводимой терапии ($p > 0,05$).

Со стороны пролиферативной активности Т-лимфоцитов у больных пневмонией с легкой степенью тяжести течения в первом периоде заболевания наблюдается снижение показателей РБТЛ в сравнении с нормой ($p < 0,001$). В дальнейшем у больных I-группы не происходит увеличения показателей РБТЛ и к моменту выписки не достигает нормальных значений ($p < 0,05$). У больных II-группы уровень РБТЛ достигает нормы к моменту выписки из стационара, в то время как в III-группе происходит нормализация данного показателя во втором периоде заболевания и к моменту окончания курса лечения не отличается от нормальных значений ($p > 0,1$).

В первом периоде заболевания абсолютное и относительное количество В-

лимфоцитов у больных пневмонией с легкой степенью тяжести течения не имеет достоверных отличий от нормы ($p > 0,05$). В дальнейшем, вне зависимости от проводимой терапии, не регистрируется изменений со стороны этих показателей (во всех случаях $p > 0,1$).

На 1-5 сутки болезни у больных пневмонией с легкой степенью тяжести течения регистрируется снижение относительно нормы, содержания IgA ($p < 0,05$). На 10-15 день от начала заболевания в I- и II-группах отмечается тенденция к росту в сыворотке крови концентрации IgA, однако достоверных различий с начальным периодом заболевания она не достигает ($p > 0,05$). На момент выписки уровень IgA в сыворотке крови во II- и III-группах входит в границы нормальных значений ($p > 0,1$), в то время как в I-группе не достигает уровня нормы ($p < 0,05$).

Концентрация IgM у больных I-, II- и III-группы на 1-5 день заболевания повышается по сравнению с нормой ($p < 0,05$). Во втором периоде заболевания содержание IgM в I-группе существенно не меняется ($p > 0,1$). На момент выписки у этой категории больных уровень IgM снижается до нормальных цифр ($p > 0,1$). У больных II-группы во втором периоде болезни и на момент выписки этот показатель не выходит за пределы нормального ($p > 0,1$). У больных III-группы на 10-15 день болезни регистрируется динамика к снижению данного показателя, однако она не выходит за пределы нормальных значений ($p > 0,1$). А на момент выписки этих больных уровень IgM также не отличается от нормы ($p > 0,1$).

В I-, II- и III-группах больных на 1-5 день болезни наблюдается динамика к снижению уровня IgG относительно нормы, однако достоверных различий она не достигает ($p > 0,1$). На 10-15 сутки у больных I-группы концентрации IgG остаётся в пределах нормальных значений ($p > 0,1$). К моменту выписки данный показатель также не выходит за пределы нормы ($p > 0,1$). У больных II-группы на 10-15 сутки болезни содержание IgG в сыворотке крови, несмотря на динамику к снижению, не выходит за пределы нормальных колебаний ($p > 0,1$). На момент выписки данный пока-

затель не прегерпеваает существенных изменений, при этом оставаясь в границах нормы ($p > 0,1$). На 10-15 сутки у больных III-группы концентрация IgG также не отличается от нормы ($p > 0,1$), хотя по сравнению с начальным периодом болезни отмечается недостоверный рост данного показателя ($p > 0,05$). К моменту выписки концентрация IgG у больных III- группы остается в границах нормальных значений ($p > 0,1$).

Таким образом, не смотря на отсутствие

достоверного сокращения средних сроков пребывания в стационаре больных с легкой степенью тяжести течения пневмонии. применение комбинированной иммунокорректирующей герпии позволяет добиться более быстрого купирования таких симптомов как кашель и отделение мокроты, а так же нивелировать дисбаланс со стороны иммунологических показателей. наблюдаемый у больных, получавших лишь базисную антибактериальную терапию.

ПОЛОЖЕНИЕ ГЕНОФОНДА БЕЛГОРОДСКОЙ ПОПУЛЯЦИИ В СИСТЕМЕ ВОСТОЧНОСЛАВЯНСКИХ ГЕНОФОНДОВ

(по данным о полиморфизме
эритроцитарных ферментов glo1 и esd)

И.Н. Костоглодова, М.И. Чурносое, Е.В. Балановская,
О.В. Тегакое, Л.А. Артаментова, М. Ищук

Белгородский государственный университет, Медико-генетический научный центр РАМН

К настоящему времени накоплена достаточно большая информация о частотах генов многих локусов, обуславливающих иммунологический, биохимический и др. полиморфизм в народонаселении России и сопредельных стран. В результате многочисленных исследований было установлено, что альтернативные формы белков, находящиеся под строгим генетическим контролем, очень неравномерно распределены среди народов Земного шара [1,2,5]. Одним из наиболее распространенных способов оценки генетической дифференциации популяции является подход, основанный на учете частот распределения генетических биохимических и иммунологических маркеров. Данные показатели позволяют дать наиболее полную характеристику генетическим процессам, происходящим на популяционном уровне, необходимую для изучения проблем микро- и макроэволюции и выявления роли инбридинга, генного дрейфа, миграций, метисации, скорости мутационного процесса и эффектов отбора в этих процессах.

Целью настоящей работы явилось изучение структуры генофонда коренного населения Белгородской области и его места в системе восточнославянского генофонда с использованием классических биохимических маркеров. Европейская часть Северной Евразии имеет свои сложности при ее генетическом изучении.

Они связаны с большой численностью и неравномерной плотностью населения, со значительной историко-культурной дифференциацией, с проникновением с давних времен в регион больших масс населения и с последующей ассимиляцией автохтонного населения. Наиболее многочисленными в Северной Евразии являются три родственных народа, относящихся к восточнославянской языковой группы: русские, украинцы, белорусы. Русские – основная часть населения РФ: в районах своего исконного расселения (большинство областей Европейской провинции) они составляют свыше 95% всего населения. По своему происхождению русские и украинцы связаны с восточнославянскими племенами, хотя в их формировании принимали участие и некоторые неславянские народы. В этногенезе белорусов кроме восточнославянских племен, приняли участие ассимилированные ими литовские этнические элементы [5].

В качестве объектов исследования были выбраны Прохоровский, Красненский, Грайворонский и Красногвардейский районы Белгородской области. Общий объем выборки составил 581 человек. Из которых 297 коренных русских жителей, проживающих в Прохоровском, Красненском районах, 84 коренных украинских жителей, живущих в Красногвардейском и Грайворонском районах