ДИНАМИКА КЛЕТОЧНОГО ЗВЕНА ИММУНИТЕТА У БОЛЬНЫХ НЕАЛКОГОЛЬНЫМ СТЕАТОГАПАТИТОМ НА ФОНЕ ПНЕВМОКОНИОЗОВ В СОЧЕТАНИИ С ВЕГЕТО-СЕНСОРНОЙ ПОЛИНЕЙРОПАТИЕЙ В ПЕРИОДЕ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ

© Мякоткина Галина Васильевна, Соцкая Яна Анатольевна

Луганский государственный медицинский университет имени Святителя Луки.
91045, г. Луганск, кв. 50-летия Обороны Луганска, д. 1г

E-mail: sotckaya@mail.ru

Ключевые слова: неалкогольный стеатогепатит; пневмокониоз; вегето-сенсорная полинейроопатия; показатели клеточного иммунитета; реабилитация.

ВВЕДЕНИЕ

По данным современных эпидемиологических исследований установлено достаточно широкое распространение неалкогольного стеатогепатита (НАСГ) среди жителей экологически неблагоприятных регионов с высоким уровнем загрязнения окружающей среды ксенобиотиками, что касается и крупного промышленного региона Донбасса. Как известно, регион Донбасса является угольным регионом. Концентрация пыли в горных выработках при углевыемочных работах превышает предельно допустимую в десятки и сотни раз. Большое количество вдыхаемой пыли приводит к развитию пневмокониоза. Коморбидная патология в виде НАСГ на фоне пневмокониоза с вегето-сенсорной полинейропатией (ВСП), как показывает практика, имеет тенденцию к длительному течению с частыми обострениями и нередко формированием резистентности к традиционным методам лечения и медицинской реабилитации.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Изучение динамики показателей клеточного звена иммунитета у больных с НАСГ на фоне пневмокониозов с ВСП в периоде медицинской реабилитации.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Под нашим наблюдением находились 74 пациента мужского пола с НАСГ на фоне пневмокониозов с ВСП. Возраст обследованных составил 20–59 лет. Все пациенты были разделены на две равные группы — основную — 36 чел. (48,6%) и сопоставления — 38 чел. (51,4%), с учетом рандомизации по возрасту и частоте обострений НАСГ. Диагноз НАСГ в свое время был установлен в соответствии с протоколом диагностики и лечения органов пищеварения. Диагноз пневмокониоза был выставлен задолго до проведения исследования с учетом наличия профмаршрута (трудовой стаж более 10 лет), постоянного контакта с вредным производственным фактором, наличие патогномоничных изменений на рентгенограмме органов грудной клетки, изменение показателей спирометрии. Пациенты обеих групп на фоне диеты №5 следовали общепринятым схемам медицинской реабилитации, а именно: дезинтоксикационная терапия, растительные гепатопротекторы и витамины. В соответствии с целью исследования пациенты основной группы дополнительно получали гепатопротектор гепатрин по 1 капсуле 2 раза в день первые 2 недели, а затем по 1 капсуле 1 раза в день до 30–40 дней, а также бронхомунал по1 капсуле в день утром, натощак, за 30 мин до еды, как иммуностимулирующее средство. Для определения иммунологических показателей анализировали содержание в периферической крови популяций Т — (CD3+) и В-лимфоцитов (CD22+), субпопуляций Т-хелперов/индукторов (CD4+), Т-супрессоров/киллеров (CD8+). Рассчитывали иммунорегуляторный индекс CD4/CD8, который трактовали как соотношение лимфоцитов с хелперной и супресорною активностью (Th/Ts).

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

В течение диспансерного наблюдения у ряда больных выявлялись клинико-лабораторные признаки высокой вероятности возникновения обострения патологического процесса в ГБС.

При биохимическом обследовании у большинства больных с НАСГ на фоне пневмокониозов с ВСП общий билирубин был изначально увеличен в 1,2 раза относительно показателя нормы; отмечали также повышение активности сывороточных аминотрансфераз — уровень АлАТ превышал норму в среднем в 2,6 раза, АсАТ — в 2,5 раза. Показатель тимоловой пробы был в среднем в 1,3 раза выше нормы. При иммунологическом исследовании у всех пациентов с НАСГ на фоне пневмокониозов с ВСП обеих групп до начала проведения медицинской реабилитации были обнаружены незначительные нарушения со стороны клеточного звена иммунитета, которые характеризовались наличием Т-лимфопении, снижением количества циркулирующих в периферической крови CD4+-лимфоцитов при незначительном уменьшении уровня CD8+-клеток от показателей нормы, и уменьшением вследствие этого иммунорегуляторного индекса CD4/CD8. Количество В-лимфоцитов у большинства обследованных лиц было в пределах физиологической нормы или имелись незначительные отклонения в сторону уменьшения. При повторном проведении иммунологического обследования после завершения медицинской реабилитации была установлена более выраженная положительная динамика у больных основной группы в виде полной нормализации всех показателей, нежели у пациентов группы сопоставления, получавших общепринятые препараты, показатели которых не достигали даже верхних границ нормы.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, подтвердились предположения по поводу нарушений со стороны клеточного звена иммунитета, которые характеризовались наличием Т-лимфопении, снижением числа циркулирующих в периферической крови CD4+-лимфоцитов при совсем незначительных изменениях числа CD8+-клеток у больных с НАСГ на фоне пневмокониозов с ВСП. Использование средств общепринятой реабилитационной терапии у больных с данной коморбидной патологией не обеспечивает стойкой нормализации данных показателей и требует включения комбинации препаратов в виде гепатопротектора гепатрина и иммуномодулятора бронхомунала.