

шения к болезни и лечению. Во всех группах существенно уменьшилось число больных с Н-типами реагирования.

Методика ММИЛ позволила установить уменьшение невротического регистра личностных особенностей пациентов. Уменьшение невротических расстройств у больных в процессе терапии и обучения привело к нарастанию других патологических вариантов реагирования, преимущественно С- и Я-типов. В данных типах отношения больного к болезни и лечению ведущую роль играли преморбидные особенности личности. Таким образом, адекватная базисная терапия и обучение больных в «Астма-школе» привели к гармонизации внутренней картины болезни и уменьшению невротических расстройств без применения специальных психотерапевтических методик.

Литература

1. Артюнов Т.Г., Овчаренко С.И., Стенин И.Ф., Куликова Е.М. Психологические соотношения у больных хроническими неспецифическими заболеваниями легких протекающих с обструктивным синдромом // Клиническая медицина. — 1991. — N 7. — С. 95-98.
2. Бронхиальная астма. Глобальная стратегия // Пульмонология. — 1996. Приложение.
3. Бронхиальная астма / Под ред. А.Г. Чучалина. — М., 1997. — Т. 2. — С. 187-207.
4. Григорьев В.М., Филоненко С.П., Лаврентьева Е.А., Стругалева С.В. Особенности личности больных бронхиальной астмой // Национальный Конгресс по болезням органов дыхания, 7-й: Сборник резюме. — 1997. — С. 14.

ДИНАМИКА ИММУНОЛОГИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ У БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ НА ФОНЕ ДЛИТЕЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ ИНГАЛЯЦИОННЫМИ КОРТИКОСТЕРОИДАМИ

Н.Д. Новикова, И.В. Лещенко, С.А. Царькова, И.А. Тузанкина

Бронхиальная астма (БА) характеризуется первичным аллергическим воспалением в бронхиальном дереве и определяется как иммунопатологическое заболевание [4]. Гиперреактивность дыхательных путей при БА, развивающаяся в результате сложного межклеточного взаимодействия, диктует необходимость раннего начала противовоспалительной терапии. Эффективность лечения БА значительно повышается в связи с применением ингаляционных глюкокортико-

тероидов (ИКС). ИКС обладают выраженным местным противовоспалительным эффектом, воздействуя на основные патогенетические механизмы развития БА [2]. Изменения, возникающие в иммунологическом статусе больных БА, достаточно хорошо изучены. Однако литературные сведения о влиянии длительного лечения ИКС на иммунную систему пациентов с БА разноречивы и немногочисленны. Длительное лечение ИКС оказывает подавляющее действие на тимус-зависимые лимфоциты и существенно изменяет клеточный иммунитет. ИКС снижают уровень Т-клеток, вплоть до их разрушения [3]. В то же время приводятся доказательства стимулирующего влияния ИКС на функциональную активность альвеолярных макрофагов и состояние местного иммунитета у больных БА [1].

Целью данной работы явилась оценка влияния длительной терапии ИКС на иммунологический профиль у больных БА.

Пациенты и методики

Под наблюдением находилось 29 больных с III–IV степенями тяжести БА (средний возраст $41,6 \pm 2,7$ года). В качестве базисной терапии назначался ИКС в дозе 1000–1500 мкг/сут. Иммунологическое обследование проводилось в период обострения БА до назначения ИКС (1-е исследование) и через 2,5 года от начала лечения (2-е исследование). Использовался комплекс иммунологических тестов: определение абсолютного количества лейкоцитов, уровня стимулированного и нестимулированного фагоцитоза, популяций и субпопуляций лимфоцитов методом моноклональных антител, общего сывороточного IgE, иммуноглобулинов А, М и G, циркулирующих иммунных комплексов (ЦИК). Полученные результаты сравнивали с соответствующими показателями у 50 здоровых человек (контрольная группа, КГ).

Результаты и их обсуждение

Показатели гемоиммуограммы представлены в таблице (в таблице приведены только статистически значимые различия). В первом исследовании, на фоне обострения БА, иммунологический профиль пациентов характеризовался незначительными изменениями. Выявлен высокий уровень эозинофилов (Э), ЦИК и IgE по сравнению с этими показателями в КГ ($p < 0,001$ соответственно). В структуре системы комплемента обнаружено снижение С2-фракции относительно значений в КГ ($p < 0,05$). Иммунологические параметры, характеризующие состояние фагоцитарного, клеточного и гуморальных звеньев иммунитета, оставались в пределах нормы. При втором исследовании у всех

больных зарегистрирована клиническая ремиссия болезни. При этом, в гемоиммунограмме количество Э снизилось и не отличалось от значений в КГ. Уровень IgE оставался высоким по отношению к КГ ($p < 0,001$). ЦИК, через 2,5 года от начала лечения ИКС не возвращались к значениям в КГ ($p < 0,001$). Произошли изменения в структуре системы комплемента. По сравнению с КГ снизились значения C4 и C5-фракций ($p < 0,05$, $p < 0,05$ соответственно). Уровень C2 не изменился и оставался сниженным по отношению к КГ ($p < 0,05$).

Таблица
Показатели гемоиммунограммы у больных БА ($M \pm m$)

Исследования	Показатель					
	Э, $10 \times 9/л$	IgE, МЕ/мл	C2, ед	C4, ед	C5, ед	ЦИК, ед
1-е	$0,57 \pm 0,08$	$640,9 \pm 90,9$	$4,34 \pm 0,33$	$6,13 \pm 0,39$	$5,89 \pm 0,54$	$65,9 \pm 4,72$
2-е	$0,21 \pm 0,03$	$526,0 \pm 72,8$	$4,3 \pm 0,16$	$4,85 \pm 0,23$	$4,37 \pm 0,24$	$69,8 \pm 4,02$
p	$< 0,001$			$< 0,05$	$< 0,05$	
КГ	$0,22 \pm 0,03$	$62,0 \pm 11,1$	$5,60 \pm 0,49$	$6,10 \pm 0,58$	$5,70 \pm 0,57$	$44,9 \pm 0,19$
p'	$< 0,001$	$< 0,001$	$< 0,05$			$< 0,001$
p"		$< 0,001$	$< 0,05$	$< 0,05$	$< 0,05$	$< 0,001$

Примечание: p — достоверность различий между 1-м и 2-м исследованиями; p', p" — достоверность различий между 1-м и 2-м исследованиями соответственно.

Установлены типичные изменения иммунологического профиля у больных БА до назначения ИКС. К ним относятся увеличение уровня Э, как основного биологического маркера аллергического воспаления и высокие значения IgE, подтверждающие атопическую природу болезни у обследуемых больных. Повышение количества ЦИК при обострении БА описано многими авторами и свидетельствует о тяжести заболевания с включением в иммунопатологический процесс аллергических реакций III типа. Следствием активного синтеза ЦИК у больных с тяжелой БА является потребление C2-фракции комплемента.

Клинической ремиссии, достигнутой через 2,5 года лечения ИКС у больных БА, соответствовало снижение Э, которое подтверждает угасание воспалительного процесса. Повышенные значения ЦИК в этот период могут быть объяснены нарушением их элиминации. Возможно, длительное лечение ИКС приводит к дестабилизации мембран

моноцитов и фагоцитов, ослабляя их роль в удалении ЦИК. Другим объяснением повышенного уровня ЦИК, вероятно, может служить дефект функционирования кининовой системы у пациентов с БА, длительно получающих ИКС. Постоянно высокие концентрации IgE у наблюдаемых больных могут свидетельствовать о генетической обусловленности его повышенного синтеза. В целом, пациенты в динамике наблюдения оставались иммунокомпетентными. Отклонений в фагоцитарном, клеточном и гуморальном звеньях иммунитета на фоне лечения ИКС не обнаружено.

Резюме

Длительная терапия ИКС, уменьшая активность воспалительного процесса у пациентов с БА, не оказывает отрицательного влияния на иммунные функции. Сохраняющийся высокий уровень IgE диктует необходимость длительного применения ИКС при этом заболевании.

Литература

1. Беспалова А.Н. Применение ингаляционных кортикостероидов у больных бронхиальной астмой //Национальная конференция Российской Ассоциации аллергологов и клинических иммунологов, 1-я: Сборник трудов. — М., 1997. — С. 195.
2. Суточникова О.А. Ингаляционные глюкокортикостероиды - наиболее эффективные и безопасные противовоспалительные препараты для лечения БА // Русский медицинский журнал. — 1997. — Т. 5, №17. — С. 1115-1120.
3. Цой А.Н. Клиническая фармакология ингаляционных глюкокортикостероидов // Пульмонология. — 1996. — №2. — С. 85-90.
4. Чучалин А.Г. Бронхиальная астма. — М., 1997, Т. 2. — 392 с.

ПРИМЕНЕНИЕ АТРОВЕНТА В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ОБСТРУКТИВНЫМ БРОНХИТОМ

С.М. Чапурина, И.В. Лещенко, Н.Д. Новикова

Бронхообструктивные заболевания, особенно хронический обструктивный бронхит (ХОБ) и эмфизема легких (ЭЛ), как известно, приводят к частой потере трудоспособности и ранней инвалидизации. Нередко это обусловлено трудностями диагностики и поздно