

Т.И.Новосельская, Г.А.Анохин, И.П.Жолоб,
А.Ю.Чабан, Н.В.Чепцова

ИММУННЫЙ СТАТУС У БОЛЬНЫХ АЛЛЕРГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПРИ НЕЭФФЕКТИВНОСТИ СПЕЦИФИЧЕСКОЙ ИММУНОТЕРАПИИ

321 Окружной военный кинический госпиталь (начальник 321 ОВКГ - полковник медицинской службы Ю.А.Пономарев)
Городская клиническая больница №1, г.Чита (главный врач - Бурдинский Е.Н.)

Специфическая иммунотерапия (СИТ) - снижение чувствительности организма к аллергену путем введения больному возрастающих доз этиологически значимого аллергена. Метод впервые был предложен L. Noon для лечения поллиноза в 1911г. Наилучшие результаты получаются при лечении аллергических заболеваний, в основе патогенеза которых лежит Ig-E-опосредованная реакция. Отличные и хорошие результаты наблюдаются в 60-80% (3,4). Причины неэффективности специфической иммунотерапии аллергических заболеваний связывают с различными факторами от действия неблагоприятных факторов внешней среды, ошибок в диагностике, приготовлении разведений лечебного аллергена, до неправильного выбора лечебного аллергена и неэффективности выбранной схемы лечения. (1,3,4,5).

Актуальность проведенного анализа заключается в том, что одной из причин неэффективности специфической иммунотерапии могут быть такие изменения иммунного статуса, которые требуют предварительной коррекции.

ЦЕЛЬЮ настоящего исследования является изучение иммунного статуса у больных с аллергическими заболеваниями с безуспешным лечением традиционными методами и ранними местными и органными реакциями при специфической иммунотерапии, не позволяющими увеличивать дозу лечебного аллергена.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. В исследова-

ние включены 2 группы больных аллергическими заболеваниями с безуспешной СИТ. Первая группа, 96 больных, обследованы в иммунологической лаборатории 321 ОВКГ. У них определялись Тл, Та, Вл без определения иммуно-регуляторного индекса (Th / Тцтл) методом розеткообразования с бараньими эритроцитами, иммуноглобулины А, М, G методом радиальной иммунодиффузии в геле по Манчини.

2 группа, 85 больных, обследованы в иммунологической лаборатории городской клинической больницы №1. У них исследовалось содержание Тл, Th, Тцтл, Th / Тцтл методом розеткообразования с бараньими эритроцитами, общий гамма-глобулин, иммуноглобулины А, М, G методом электроиммунофореза по Лорею.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Оценка иммунного статуса проводилась по критериям, предложенным Е.С.Белозеровым и др. (1992 г.) табл. 1

Табл. 1

Типы иммунного статуса

ТИП ИММУННОГО СТАТУСА	Т-ЗВЕНО	В-ЗВЕНО
Нормальный	N	N
Равномерно активированный	↑	↑
Равномерно супрессированный	↓	↓
Активированный по гуморальному звену	N	↑
Активированный по гуморальному и супрессированный по клеточному звену	↓	↑
Супрессированный по гуморальному звену	N	↓
Супрессированный по клеточному звену	↓	N

В результате проведенных исследований обнаружено, что у трети пациентов выявлен нормальный иммунный статус. У остальных пациентов при его нарушении превалировал равномерно активированный, активированный по гуморальному звену, супрессированный по клеточному звену (табл.2).

Результаты анализа иммуно-регуляторного индекса(ИРИ) у наших пациентов отражены в табл. 3. При этом нормальный ИРИ выявлялся у

Табл. 2

Тип ИС	НОЗОЛОГИЧЕСКАЯ ФОРМА						ВСЕГО	
	БА	АР, АК	ХАК	ОАК	ПОЛ	АД	П	%
Нормальный	27	3	14	1	6	6	57	31,5
Равномерно активированный	5	4	6	-	9	4		15,5
Равномерно супрессированный	4	1	6	2	-	2	15	8,3
Активированный по гуморальному звену	8	4	6	5	2	5	30	16,6
Активированный о гуморальному звену и супрессированный по клеточному звену	4	1	4	1	1	2	13	7,2
Супрессированный по гуморальному звену	2	-	1	-	2	-		2,8
Супрессированный по клеточному звену	17	-	5	1	7	3	33	18,2
Всего	63	12	45	10	27	22	181	

Табл. 3

Заболевание	Всего	Падение ИРИ	Th ↓ Ts - N	Th ↓ Ts ↓	Th ↑ Ts - N	Th ↑ Ts ↑	Th - N Ts - ↑	Th - N Ts - N
БА	28	21	12	13	1	-	1	3
АР и АК	5	3	3	2	-	-	-	-
АД	12	10	5	4	2	-	-	1
Поллиноз	23	14	9	4	1	2	1	3
ХАК	6	5	2	2	-	2	-	1
ИТОГО	74	53/71,6%	31/41,9%	25/33,8%	4/5,4%	4/5,4%	2/2,7%	8/10,8%

11%, падение ИРИ - у 71,6%.

А.Н.Череевым и Л.В.Ковальчуком разработана шкала оценки вариантов иммунных расстройств, особенно регуляторных субпопуляций Т-л (1). По данной шкале падение ИРИ у 42% наших пациентов более характерно для иммунодефицитов, а у 33,8% - для интоксикаций, массивной иммуносупрессорной терапии, стрессов и ионизирующего облучения.

Табл. 4

заболевание	всего	ЛЕЙКО-Т-КЛЕТОЧНЫЙ ИНДЕКС					
		НОРМАЛЬНЫЙ		ПОВЫШЕННЫЙ		СНИЖЕННЫЙ	
		П	%	П	%	П	%
БА	10	5	50	2	20	3	30
ПОЛЛИНОЗ	12	8	67			4	33
АР и АК	2			1	50	1	50
АД	4	4	100				
ХАК	7	2	29	2	29	3	42

Считается, что более достоверными являются индексные показатели, чем абсолютное и относительное содержание Тл и Вл в крови (А.М. Земсков, 1). Так, лейко-Т-клеточный индекс (ЛТИ) - это отношение количества лейкоцитов к числу Тл в 1 мкл крови. Чем больше данный показатель, тем значительнее иммунодефицит Т-клеток. У здоровых людей, по данным разных лабораторий, ЛТИ в интервале 4-7. У больных он

повышается. Результаты расчета ЛТИ у наших пациентов отражены в табл.4, из которой видно, что иммунодефицитное состояние выявляется значительно меньше, чем при анализе абсолютных и относительных показателей Тл (табл.3). При этом превалирует первая степень расстройств ЛТИ.

При анализе результатов исследования общего гамма-глобулина и иммуноглобулинов классов А, М, G получены данные, отраженные в табл. 5: из 89 больных у 38 исследован общий гамма-глобулин, который в 27% был нормальным, в 11% - повышенным. Содержание иммуноглобулинов G и M чаще было повышенным, а иммуноглобулинов А - в норме.

Для выявления иммунодефицитного состояния определена степень иммунных расстройств при снижении и повышении уровня этих иммуноглобулинов в крови.

У наших больных выявлена первая степень снижения показателей иммуноглобулинов, что не требует иммунокоррекции.

При расчете степени повышения показателей иммуноглобулинов выявлена лишь первая, а у 5-больных - вторая степень повышения показателей IgG и IgM. Это показатель скорее воспалительного процесса, а не аллергического, требует уточнения причины воспалительного процесса и этиотропной терапии.

Табл. 5

заболевание	всего	Общий гамма-глобулин			IgG			IgA			IgM		
		N	↓	↑	N	↓	↑	N	↓	↑	N	↓	↑
		П %	П %	П %	П %	П %	П %	П %	П %	П %	П %	П %	П %
БА	30	5 17	2	3 10	3 10	5 17	10 33	8 27	9 13	4 13	6 20	4 13	10 33
поллиноз	23	11 48		3 13	7 30	5 22	6 26	7 30	4 17	7 30	9 39	5 22	3 26
АР и АК	6			1 17	1 17	1 17	3 50	2 33	1 17			1 17	4 67
АД	18	4 22		1 6	3 17	6 33	3 17	3 17	6 33	3 17	6 33	1 6	6 33
ХАК	12	4 33	2	2 17	6 50	1 8	4 33	4 33	3 25	5 42	7 58		4 33
ВСЕГО	89	24 27	4 5	10 11	20 23	18 20	25 28	24 27	23 26	19 21	28 31	11 12	30 34

ОБСУЖДЕНИЕ. Известно, что для эффективного лечения аллергических заболеваний необходима элиминация аллергена, которая должна быть полной. Однако часто избежать контакта с аллергеном не удается. В связи с этим напрашивается необходимость в проведении иммунотерапии, в частности, специфической иммунотерапии, которая носит иммуностимулирующий характер. Тем не менее, при наличии иммунодефицитного состояния такой метод воздействия на организм оказывается неэффективным, а, иногда, вызывает отрицательные последствия.

Мы считаем, что в таких случаях наиболее приемлемым методом иммунотерапии является иммуномодуляция перед специфической иммунотерапией. Но воздействие иммуномодуляторами требует прежде всего контроля иммунного статуса.

Наш многолетний опыт показывает, что при проведении иммунотерапии в сочетании со СИТ удается уменьшить титр лечебных аллергенов на 1-2 разведения, как правило, до разведения 1:1000.

ВЫВОДЫ:

1. При невозможности достижения эффективной толерогенной дозы аллергена при специфической иммунотерапии у пациентов с аллергическими заболеваниями превалировал равномерно активированный, активированный по гуморальному звену, супрессированный по клеточ-

ному звену иммунный статус.

2. Имуно-регуляторный индекс снижен.
3. При проведении иммуномодулирующей и специфической иммунотерапии требуется тщательный иммунологический контроль.
4. Имунокомпрометированные пациенты перед началом специфической иммунотерапии должны быть тщательно обследованы для выявления и санации "тлеющих" очагов инфекции.

ЛИТЕРАТУРА

1. Клиническая иммунология и аллергология: Учебное пособие/под редакцией А.В.Караулова.- М.: Медицинское информационное агенство,2002г., стр.72, 426.
2. Клиническая иммунология и аллергология / под редакцией Г. Лолора-младшего, Т. Фишера, Д. Адельмана. - Практика, 2000г.
3. Аллергические заболевания /В.И.Пыцкий, Н.В.Адрианова, А.В.Артомасова.- Москва, "Триада-Х", 1999г.
4. Поллинозы / Н.Д.Беклемишев, Р.К.Ермекова, В.С.Мошкевич.- Москва "Медицина",1985г.
5. Секреты аллергологии и иммунологии / Стэнли М. Нагуа, М. Эрик Гершвин - Москва, издательство БИНОМ, 2004г.
6. Аллергические болезни .Дифференциальный диагноз, лечение./Н.А. Скепьян, - Минск, "Беларусь", 2000г.