

СОСТОЯНИЕ ИММУННОЙ СИСТЕМЫ У ЛИКВИДАТОРОВ 1986-1987 гг. С ПАТОЛОГИЕЙ ОРГАНОВ ПИЩЕВАРЕНИЯ В СОЧЕТАНИИ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Республиканская клиническая больница медицинской реабилитации, г. Минск

Цель исследования. Изучение показателей системы иммунитета и неспецифических факторов защиты у участников ликвидации последствий аварии на ЧАЭС (ликвидаторов) с сочетанной патологией – заболеваниями желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) и ишемической болезнью сердца (ИБС).

Материал и методы

Обследовано 720 ликвидаторов с ИБС и разными заболеваниями ЖКТ (язва двенадцатиперстной кишки, эрозивный и атрофический гастрит, хронический панкреатит, хронический холецистит, неинфекционный колит и др.) – основная группа; 484 человека, страдающих ИБС с заболеваниями ЖКТ, имеющих благоприятный радиационный анамнез (группа сравнения).

В обеих группах преобладали лица мужского пола (600 человек, 83,3 ± 1,4 % и 267 больных, 55,2 ± 2,3 % соответственно). Средний возраст пациентов был 55,1 ± 0,34 и 56,1 ± 0,47 лет. Все больные страдали ишемической болезнью сердца с артериальной гипертензией (496 лиц, 68,9 ± 1,7 % и 328, 67,8 ± 2,1 %) или без нее (224 больных, 31,1 ± 1,8 % и 156, 32,2 ± 2,1 % соответственно). У ликвидаторов 1986-1987гг преобладала стенокардия напряжения ФК II и ФК III (333 пациентов, 46,3 ± 1,9 % и 131, 18,2 ± 1,4 %), а у лиц группы сравнения ФК I и ФК II (146 больных, 30,2 ± 2,1 % и 205, 42,4 ± 2,2 %). У 84 (11,7 ± 1,2 %) ликвидаторов и у 59 (12,2 ± 1,5 %) пациентов из «чистых» районов имели место аритмические формы ИБС, чаще клинически значимые, без приступов стенокардии.

Распределение болезней органов пищеварения у ликвидаторов 1986 – 1987 гг. через 18 лет после аварии на

ЧАЭС (по данным комплексного клинического обследования) представлено в таблице.

Проведено определение показателей Т- и В-клеточного и гуморального иммунитета, а также неспецифических факторов защиты (фагоцитарный показатель и число, концентрация лизоцима, активность системы комплементов и др.) по методам, описанным у Д.К. Новикова [1] и А.В. Караулова [2].

Результаты

Установлено, что у пациентов основной группы показатели Т- и В-клеточного иммунитета (относительное и абсолютное количество Т- и В-лимфоцитов, Т-теофиллинрезистентных (Т-тр), Т-теофиллинчувствительных (Т-тч) и Т-активных лимфоцитов ($P < 0,001$), а также фагоцитарные показатель и число, концентрация лизоцима были существенно ниже ($P < 0,01$, $P < 0,05$, $P < 0,001$ соответственно), чем у лиц группы сравнения. В тоже время у ликвидаторов основной группы зарегистрировано увеличение содержания ЦИК ($P < 0,01$) и активация системы комплемента ($P < 0,01$).

При этом у пациентов основной группы, язва двенадцатиперстной кишки (ДПК) находится в обратной корреляционной связи с Т-лимфоцитами (в %) и В – лимфоцитами (в %) ($r = -0,394$, $r = -0,379$ при $P < 0,05$). Уже в стадии деформации луковицы ДПК остается низким только уровень В-лимфоцитов, то есть остается обратная корреляционная взаимосвязь между ними ($r = -0,344$ при $P < 0,05$). Снижение фагоцитарного показателя и фагоцитарного числа находится в обратной корреляционной взаимосвязи с частотой встречаемости эрозивного гастрита ($r = -0,330$, $r = -0,301$ при $P < 0,05$). При атрофическом гастрите происходит увеличение уровня Т-активных лимфоцитов (в %) и В-лимфоцитов (в %) и эти показатели прямо коррелируют со встречаемостью этой болезни ($r = 0,384$ при $P < 0,05$).

Таблица

Распределение болезней органов пищеварения у ликвидаторов 1986-1987гг через 18 лет после аварии на ЧАЭС (по данным комплексного клинического обследования)

Название болезни	Группа, количество в (%)		Достоверность отличий Р
	Ликвидаторы n = 720	Гр. сравнения N = 484	
Эзофагиты	57 (7,9 ± 1,0)	33 (6,8 ± 1,1)	< 0,5
Язва желудка	20 (2,8 ± 0,6)	8 (1,7 ± 0,6)	< 0,5
Язва ДПК*	100 (13,9 ± 1,3)	29 (6,0 ± 1,1)	< 0,001
Все гастриты,	492 (78,4 ± 1,5)	247 (51,0 ± 2,3)	< 0,001
в том числе: эрозивные,	84 (11,7 ± 1,2)	39 (8,1 ± 1,2)	< 0,05
атрофические	128 (17,8 ± 1,4)	81 (16,7 ± 1,7)	> 0,5
Деформация луковицы ДПК	148 (20,6 ± 1,5)	19 (3,9 ± 0,9)	< 0,001
Все дуодениты,	243 (33,8 ± 1,8)	148 (30,6 ± 2,1)	< 0,5
в том числе эрозивные	48 (6,7 ± 0,9)	19 (3,9 ± 0,9)	< 0,05
Хронический холецистит	273 (37,9 ± 1,8)	73 (15,1 ± 1,6)	< 0,001
ЖКБ** без холецистита	42 (5,8 ± 0,9)	50 (10,3 ± 1,4)	< 0,01
Хронический панкреатит	79 (11,0 ± 1,2)	13 (2,7 ± 0,7)	< 0,001
Киста поджелудочной железы	5 (0,7 ± 0,3)	1 (0,2 ± 0,2)	< 0,5
Киста печени	37 (5,1 ± 0,8)	16 (3,3 ± 0,8)	< 0,5
Жировой гепатоз	268 (37,2 ± 1,8)	126 (26,0 ± 2,0)	< 0,001
Неинфекционный колит	95 (13,2 ± 1,3)	29 (6,0 ± 1,1)	< 0,001

Примечания: ДПК*-двенадцатиперстная кишка. ЖКБ**-желчекаменная болезнь.

В различных корреляционных взаимоотношениях находятся болезни желчного пузыря и желчевыводящих путей с показателями иммунограммы. Например, желчекаменная болезнь без холецистита с фагоцитарным показателем – в прямой, а хронический некалькулезный холецистит – в обратной ($r = 0,304$, $r = -0,304$ при $P < 0,05$) корреляционной связи. Хронический калькулезный холецистит и хронический панкреатит состоят с Т-тр лимфоцитами в обратной корреляции ($r = -0,308$ при $P < 0,05$) и с комплементом – в прямой ($r = 0,406$ при $P < 0,01$). По данным сонографического исследования частота встречаемости и степень уплот-

нения поджелудочной железы без каких-либо клинических проявлений ее болезни коррелирует с увеличением Т-тр и Т-общих лимфоцитов ($r = 0,310$, $r = 0,398$, при $P < 0,01$).

При кистах печени снижение фагоцитарного показателя и фагоцитарного числа, встречаются чаще и поэтому их корреляционные связи обратные ($r = -0,342$, $r = -0,326$ при $P < 0,01$ и $P < 0,05$ соответственно), относительное количество Т-тр (в %) с этим заболеванием находится в прямом корреляционном взаимоотношении ($r = 0,316$ при $P < 0,05$).

Неинфекционные колиты возрастают у ликвидаторов 1986-1987 гг. при высоком содержании в крови циркулирующих иммунных комплексов ($r = 0,389$ при $P < 0,05$) и при падении относительного количества Т-тч лимфоцитов ($r = 0,310$ при $P < 0,05$).

Обсуждение. Состояние иммунитета является важным показателем состояния здоровья населения, определяющим воздействие разнообразных факторов, в том числе и радиации (3). Известно также, что одним из наиболее частых последствий ионизирующего излучения является развитие иммунодефицитных состояний [4,5,6,7].

Наши данные о более выраженной ингибции Т- и В-клеточного иммунитета, а также факторов неспецифической резистентности у ликвидаторов с сочетанной патологии (заболевания желудочно-кишечного тракта + ИБС) в сравнении с группой лиц, страдающих аналогичными заболеваниями, но имеющих благоприятный радиационный анамнез, подтверждает роль радиации в инициации иммунной недостаточности.

Наряду с этим выявление у ликвидаторов разнообразных корреляционных связей между частотой того или иного заболевания органов пищеварения и изменением того или иного иммунологического показателя указывает на зависимость характера и выраженности иммунологических сдвигов от нозологической формы заболевания. Так, при эрозивном гастрите и язве двенадцатиперстной кишки (природа этих заболеваний чаще инфекционная) встречается снижение количества Т- и В-лимфоцитов, фагоцитарного показателя и числа, что отражается в наличии обратной корреляционной связи между ними.

В то же время при неинфекционном колите (природа этого заболевания чаще связана с аутоиммунными процессами) выявлена прямая корреляция с высоким содержанием циркулирующих иммунных комплексов и обратная корреляция с низким содержанием Т-тч лимфоцитов.

Известно, что снижение относительного и абсолютного количества Т- и В-лимфоцитов, фагоцитарного показателя и числа указывает на наличие иммунной недостаточности,

обуславливающей развитие острых и хронических инфекционных заболеваний [1,2,3,8].

Выявление высокого содержания ЦИК на фоне снижения количества лимфоцитов с супрессорной активностью свидетельствует о наличии заболеваний алерго-аутоиммунной природы или вероятности их развития.

Выше приведенное подтверждает тот факт, что изучение иммунной системы, в том числе и выявление корреляционных связей между той или иной патологией органов пищеварения и иммунологическими показателями, может иметь диагностическое и прогностическое значение, а также способствовать разработке оптимальных методов иммунокоррекции заболеваний ЖКТ у ликвидаторов.

Выводы

1. У ликвидаторов с ишемической болезнью сердца и имеющих различные заболевания органов пищеварения в отдаленные сроки после аварии на ЧАЭС (через 18 лет) регистрируются изменения в иммунной системе, вызванные облучением.

2. Характер иммунологических сдвигов у ликвидаторов с ишемической болезнью сердца зависит от нозологической формы заболевания органов пищеварения, что находит выражение в разных корреляционных взаимосвязях между ними.

Литература

1. Новиков, Д.К., Новикова, В.И. Клеточные методы иммунодиагностики. – Минск, 1979. – 185 с.
2. Караулов, А.В. Клиническая иммунология. – М., 1999. – 603 с.
3. Петров, Р.В. Иммунология. – М., 1987.
4. Шубик, В.М. Иммунологические исследования в радиационной гигиене. – М., 1987.
5. Смирнов, В.С., Ващенко, В.И., Морозов, В.Г. Состояние иммунной системы у людей через 2 года после воздействия факторов радиационной аварии. // Иммунология. – 1990.-№ 6. – С. 63-65.
6. Любченко, П.Н., Юрина, Т.М., Дубинина, Е.Б., Шабалин, В.Н. Динамика некоторых показателей иммунитета у мужчин, участвовавших в ликвидации последствий аварии на Чернобыльской АЭС в 1986-1987гг. // Иммунология. – 1994.-№ 3. – С. 53-55.
7. Смирнов, В.С., Шубин, В.М., Сосюкин, А.Е. и др. // Иммунодефицитные состояния. – СПб., 2000. – С. 293-335.
8. Йегер, Л. Клиническая иммунология и алергология. – М., 1990. – Т. 1. – С. 306-385; Т 2. – С. 13-472.
9. Савина, Н.П. Поздний пострадиационный иммунодефицит как нарушение эндокринного контроля и функции тимуса: роль межсистемных взаимодействий // Медицинская радиология и радиационная безопасность. – 1999. – № 1. – С. 44-63.