

показателей случайно выбранного базиса. Понятие максимума и минимума в математике созвучно с понятием «экстремум» и, в особенности, с «концевым экстремумом» (где максимум и минимум — «концевые экстремумы») (Зельдович Я.Б., 1967). Кроме того, имеется распределение математических величин на экстремальные, понимая под этим совокупность как максимальных, так и минимальных значений, субэкстремальные — совокупность субмаксимальных и субминимальных значений: «нормальные» или «обычные», состоящих из срединных значений. Данный математический подход исполним при непараметрическом варианте ДДА.

Таким образом, непараметрический ДДА позволяет исключить зависимость его от закона ошибок в поиске новых закономерностей, связей. Использование рангов абсолютных величин раскрывает возможность применения бибазисного варианта ДДА, а также группирование результатов наблюдений по экстремальному, субэкстремальному, «обычному» значению показателей случайно выбранного базиса.

ІМУНОЛОГІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА РІЗНИХ ВАРІАНТІВ ПЕРЕБІГУ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ

Ляховський В.І.

Широке розповсюдження бронхіальної астми (БА) та великі труднощі її раціональної терапії ставлять цю проблему в розряд найбільш актуальних та складних завдань сучасної клінічної медицини. Поглиблене дослідження механізмів розвитку цієї хвороби у різних клінічних проявах, дозволило ряду авторів виділити окремі варіанти перебігу БА (Федосеев Г.Б., 1988). Особливу тривогу визивас доля хворих з так званим аутоїмунним варіантом БА, або ж по виразу деяких авторів — «сучасною астмою» (С.Коїн, 1983). Драматичність ситуації ускладнюється тим, що при цьому варіанті хворі дуже рано починають приймати гормони, що здебільшого призводить до кортизолзалежності. А це супроводжується в свою чергу різноманітними, часто важкими ускладненнями, які самі по собі можуть визначити несприятливий наслідок захворювання.

Метою нашої роботи було визначення клінічних та імунологічних критеріїв диференціальної діагностики різних форм бронхіальної астми. Всього було обстежено 39 хворих. Атопічний варіант БА спостерігався у 10 хворих, неатопічний — у 20, з них у 8 діагностувався аутоїмунний варіант. Диференціальну діагностику вказаних форм проводили на основі алергологічного анамнезу, алергодіагностики, результатів загальноклінічних досліджень, а також проб з аутолімфоцитами. Було обстежено також 9 хворих з хронічним необструктивним бронхітом. 8 хворих неатопічною БА приймали гормони в дозі на період загострення — 15-60 мг преднізолону. В групі з аутоїмунним варіантом таких хворих було 5. Всі хворі обстежувалися в період загострення захворювання, в ранішній час. Комплексне імунологічне дослідження проводили за методикою К.О.Лебедєва і І.Д.Понякіної (1990) з визначенням відносної та абсолютної кількості Т-лімфоцитів — розеткоутворюючих лімфоцитів з еритроцитів барана (Е-РУЛ); В-лімфоцитів — розеткоутворюючих лімфоцитів з еритроцитами мипі (М-РУЛ); лімфоцитів з хелперною активністю (Е тф.р.РУЛ) та лімфоцитів з супресорною активністю (Е тф.чутл.РУЛ).

**КІЛЬКІСТЬ ПОПУЛЯЦІЙ ТА СУБПОПУЛЯЦІЙ
ЛІМФОЦИТІВ У ХВОРИХ БА**

Групи обстеження	Е-РУЛ	М-РУЛ	Е тф.р.РУЛ	Е тф.чутл.РУЛ
I — атопічна форма БА	62.4±0.8/ 1108.3±51.4	15.7±0.8/ 519.5±43.2	50.7±1.7/ 1116.9±57.8	16.7±1.1/ 299.8±30.9
II — неатопічна форма БА	61.7±0.7/ 851.3±49.2	16.2±1.7/ 531.4±47.8	44.7±0.8/ 651.7±50.9	22.4±1.6/ 258.0±40.8
III — аутоїмунний варіант БА	60.3±1.6/ 1162.2±51.3	16.1±1.4/ 517.4±42.1	53.8±1.4/ 987.2±61.4	20.0±1.4/ 409.6±25.4
IV — хронічний необструктивний бронхіт	63.4±1.5/ 1438.4±53.3	17.2±1.7/ 504.9±41.9	47.9±1.5/ 947.9±58.2	23.1±1.3/ 444.0±41.3
V — здорові, контроль	70.1±1.7/ 1538.4±72.2	15.2±1.6/ 602.8±40.9	50.2±1.7/ 1084.6±57.8	28.2±1.2/ 544.9±42.7
PV — I	< 0.001/ < 0.001	> 0.05/ > 0.05	> 0.05/ > 0.05	< 0.05/ < 0.001
PV — III	< 0.001/ < 0.01	> 0.05/ > 0.05	> 0.05/ > 0.05	< 0.05/ < 0.05
PI — III	> 0.05/ > 0.01	> 0.05/ > 0.05	> 0.05/ > 0.05	< 0.01/ < 0.05

Групи обстеження	Е-РУЛ	М-РУЛ	Е тф.р.РУЛ	Е тф.ч.тл.РУЛ
Р V — II	< 0.05/ < 0.001	> 0.05/ > 0.05	< 0.01/ < 0.001	< 0.01/ < 0.001
Р V — IV	< 0.01/ < 0.05	> 0.05/ > 0.05	> 0.05/ > 0.05	> 0.05/ > 0.05
Р III — IV	< 0.05/ < 0.01	> 0.05/ > 0.05	< 0.05/ < 0.01	> 0.05/ < 0.001

Примітка: в чисельнику — відносні, в знаменнику — абсолютні показники.

При аналізі клінічних даних виявлено, що в групі з аутоімунним варіантом БА достовірно частіше в порівнянні з іншими групами хворих астмою зустрічаються особи чоловічої статі. В цій групі був найкоротший анамнез явищ бронхіальної обструкції. Середній вік обстежуваних з аутоімунним варіантом астми дорівнював 38.3 ± 4.2 роки.

Результати імунологічного дослідження наведені в таблиці. Відмічається значне зниження кількості Т-лімфоцитів у хворих всіма формами астми в порівнянні з групою здорових людей. Найбільш низькі цифри були виявлені у хворих з аутоімунним варіантом захворювання. Разом з тим, при цьому варіанті перебігу БА визначається найвищий рівень вмісту лімфоцитів з хелперною активністю, навіть в порівнянні з контрольною групою. В результаті цього у цій групі хворих виявляється найбільше підняття рівня імунорегуляторного індекса.

При аутоімунному варіанті БА звертає на себе увагу значне зниження кількості лімфоцитів з суперсорною активністю, що в цілому співпадає з теоретичними літературними даними про суперсорний дефіцит при хворобах, де ведучим механізмом є гіперчутливість сповільненого типу (С.Коїн, 1983).

Наведені дані показують, що при всіх варіантах БА спостерігаються явища кількісного та функціонального дефіциту імунокомпетентних клітин. У хворих з неатопічною бронхіальною астмою ці явища носять системний характер, особливо при аутоімунному варіанті. Це може бути підтвердженням того, що, незалежно від складності патогенезу БА, в основі розвитку та загострення перебігу цього захворювання всеж-таки лежить первинна інфекція, з наявністю запальних явищ в легенях (Пицький В.І., 1991).

Висновки:

1. В патогенезі, як атопічної, так і неатопічної БА, значну роль відіграють різноманітні імунологічні порушення.

2. Аутоімунний варіант БА частіше спостерігається у чоловіків середньої вікової групи.

3. Неатопічна БА, II аутоімунний варіант, в основному, формується внаслідок вторинних імунологічних порушень, характерних для інфекційно-залежного захворювання.

ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ ПОСЛЕДСТВИЯ ОБЛУЧЕНИЯ У ЛИКВИДАТОРОВ АВАРИИ НА ЧЕРНОБЫЛЬСКОЙ АЭС, ПРОЖИВАЮЩИХ В ПОЛТАВСКОМ РЕГИОНЕ, СПУСТЯ 6 ЛЕТ.

Литвин А.А.

Результаты проведенного нами цитогенетического обследования указывают на возрастание аберраций различного типа у ликвидаторов аварии на Чернобыльской АЭС Полтавского региона.

Изучение генетических последствий облучения, связано с большими трудностями. Во-первых, очень мало известно о том, какие повреждения возникают в генетическом аппарате человека; во-вторых, полное проявление всех дефектов происходит на протяжении многих поколений. Генетические нарушения можно отнести к двум основным типам: хромосомные аберрации, включающие изменения числа или структуры хромосом, и мутации в самих генах. Несколькостораживает сообщение о том, что у людей, получающих малые избыточные дозы облучения, наблюдается повышенное содержание клеток крови с хромосомными нарушениями, но биологическое значение таких повреждений и их влияние на здоровье человека, пока не выявлены.

Учитывая высокую радиочувствительность иммунной и кроветворной системы, а также высокую значимость изменений в них для развития таких отдаленных последствий облучения, как злокачественные новообразования и аутоиммунные заболевания, результаты изучения состояния этих систем у лиц, привлеченных к аварийно-восстановительным работам (АВР) на Чернобыльской АЭС (ЧАЭС), представляют интерес в научном и практическом плане.