

РОЛЬ ИГЛОРЕФЛЕКСОТЕРАПИИ ПРИ АУТОИММУННОМ ЗАБОЛЕВАНИИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Р.А. Канаев – канд. мед. наук

Кыргызский государственный медицинский институт переподготовки
и повышения квалификации

Представлена динамика показателей функции щитовидной железы и иммунологических тестов у больных с аутоиммунным заболеванием щитовидной железы под влиянием иглорефлексотерапии и традиционной медикаментозной терапии у 80 больных. Установлено, что более существенные сдвиги наблюдаются у больных, получавших иглорефлексотерапию. Метод может применяться как самостоятельный, так и в комплексе с медикаментозным.

Ключевые слова: щитовидная железа; иглорефлексотерапия; аутоиммунное заболевание; Т-лимфоцитов.

Аутоиммунные заболевания щитовидной железы (АИЗЩЖ) относятся к одной из важнейших проблем, решение которой требует многоплановых исследований. Их необходимость определяется прежде всего тем, что аутоиммунный тиреоидит – одно из самых частых заболеваний щитовидной железы – является основной причиной первичного гипотиреоза. Вследствие “доброкачественного” и длительного течения он является “идеальной” моделью изучения иммунологических процессов, составляющих основу иммуноэндокринной патологии и иммунопатологии в целом [1, 2]. В настоящее время под аутоиммунным тиреоидитом понимают хроническое органоспецифическое заболевание щитовидной железы (ЩЖ), характеризующееся лимфоидной инфильтрацией за счет аутоиммунных факторов [3, 4].

Как указывают многие исследователи [5–7], в патогенезе аутоиммунного заболевания щитовидной железы участвуют клеточные и гуморальные компоненты иммунного ответа. При этом, наряду с достоверным повышением субпопуляции В-лимфоцитов отмечается снижение числа и функциональной активности Т-лимфоцитов, резкое повышение иммунорегуляторного индекса вследствие дефицита Т-супрессоров. При АИЗЩЖ функциональное состояние щитовидной железы зависит от выраженности нарушений специфического и неспецифического иммунитета. Между числом неспецифических Т (Етфч РОК) – супрессоров и концентрацией триiodтиронинов в сыворотке наблюдается обратная зависимость. В результате потери иммунологического контроля за выработкой запрещенных клонов Т-лимфоцитов

синтезируются тиреоидстимулирующие антитела, которые относятся к группе иммуноглобулинов-G, в свою очередь, воздействуя на рецепторы тиреотропного гормона (ТТГ), вызывают гиперпродукцию тиреоидных гормонов и увеличение щитовидной железы (ЩЖ) [3, 4, 8, 9].

При АИЗЩЖ, кроме значительного снижения относительного и абсолютного количества Т-лимфоцитов, выявлены изменения в соотношении субпопуляций Т-лимфоцитов, которые выражаются в относительном содержании Т (Етфч РОК) – супрессоров и Т (Етфр РОК) – хелперов. Однако обнаружено и снижение интенсивности флуоресценции Т (Етфч РОК) – супрессорных клеток, что может свидетельствовать об их функциональной неполноценности и приводить к тиреоидной дисфункции.

Проблема восстановления иммунологических нарушений с помощью иммунокорректирующей терапии в настоящее время приобретает все большую актуальность. Благодаря современным методам диагностики можно выявить различные уровни поражения иммунной системы.

Цель настоящего исследования: изучение относительного и абсолютного количества Т-лимфоцитов и их субпопуляций, функции щитовидной железы под действием иглорефлексотерапии (ИРТ) в лечении АИЗЩЖ.

Материалы и методы. Нами обследовано 80 больных с аутоиммунными заболеваниями щитовидной железы, их возраст колебался от 18 до 26 лет у 50 (62,5%), от 30 до 50 лет – у 30 (37,5%). Диагноз ставили на основании клинических данных, результатов исследования гормонов, иммунного статуса и УЗИ щитовидной

железы. Содержание тиреотропного гормона (ТТГ), трийодтиронина (Т3), тироксина (Т4), антитела к ТГ и ТПО в сыворотке крови определяли методом иммуноферментного анализа (ИФА) на автоматическом анализаторе ES-300. Исследовали относительное и абсолютное количество Т-лимфоцитов и их субпопуляций. Для оценки иммунного статуса использовали комплекс стандартных и унифицированных методов первого уровня. Для определения количества Т-лимфоцитов использовали метод спонтанного розеткообразования с эритроцитами барана и их субпопуляций теофилиночувствительных Т (Етфч РОК) и теофиллинорезистентных Т (Етфр РОК) комплекс экспресс-микрометодов по тестам I и II уровней [4].

Всем 80 больным с диагнозом АИЗЩЖ проведено лечение. В зависимости от характера лечения больных разделили на две группы: в 1 группу вошли 40 больных (50%), им проведен курс лечения иглорефлексотерапии (ИРТ), а 2-ю группу составили 40 больных (50%), которые получали традиционные, специфические методы лечения.

Больным, которым проводили иглорефлексотерапию, точки акупунктуры выбирали строго индивидуально в зависимости от клинических проявлений заболевания и от конституционального типа. С целью улучшения иммунной системы и функции щитовидной железы акупунктурная терапия проведена в следующих точках: 4 IV., 6 13 X s.d., 36 III↓ s.d., 4 II. (+-) 16 Ps.d., 10 X-4X↓., 20-21 X↓ s.d. Курс рефлексотерапии в среднем состоял из 10–12 сеансов, выполняемых

ежедневно, I-II вариант тормозного метода, экспозиция игл 30-60 мин. Полученные данные подвергнуты статистической обработке с определением средней арифметической величины (М), средней квадратичной (σ), ошибки ряда (m). Степень достоверности вычислялась по таблице Стьюдента. Различия считали достоверными при $P < 0,05$.

Результаты и их обсуждение. Результаты иммунологических исследований по изучению субпопуляций Т-лимфоцитов выявили нарушения в содержании иммунорегуляторных клеток Т (Етфр РОК) – хелперов, Т (Етфч РОК) – супрессоров. Так, при аутоиммунном тиреоидите обнаружено повышение содержания хелперов и снижение супрессоров. Иммунорегуляторный индекс (ИРИ) был значительно выше нормы, его повышение идет вследствие дефицита Т (Етфч РОК) – супрессоров. Нами была изучена функция щитовидной железы и при этом обнаружено относительное повышение содержания тиреотропного гормона (ТТГ) и снижение трийодтиронина (Т3), тироксина (Т4). Под влиянием проведенной иглорефлексотерапии и традиционной терапии отмечалась положительная динамика не только в отношении клинических симптомов болезни, но и показателей клеточного иммунитета, функциональной активности щитовидной железы.

После проведенного лечения методом иглорефлексотерапии (ИРТ) отмечается достоверное повышение содержания Т (Етфч РОК) – супрессоров и снижение Т (Етфр РОК) – хелперов и иммунорегуляторного индекса (ИРИ).

Результаты гормональных исследований (см. таблицу) показывают также относительное снижение тиреотропного гормона (ТТГ) и от-

Показатели функции щитовидной железы и иммунологической защиты у больных АИЗЩЖ в зависимости от метода лечения

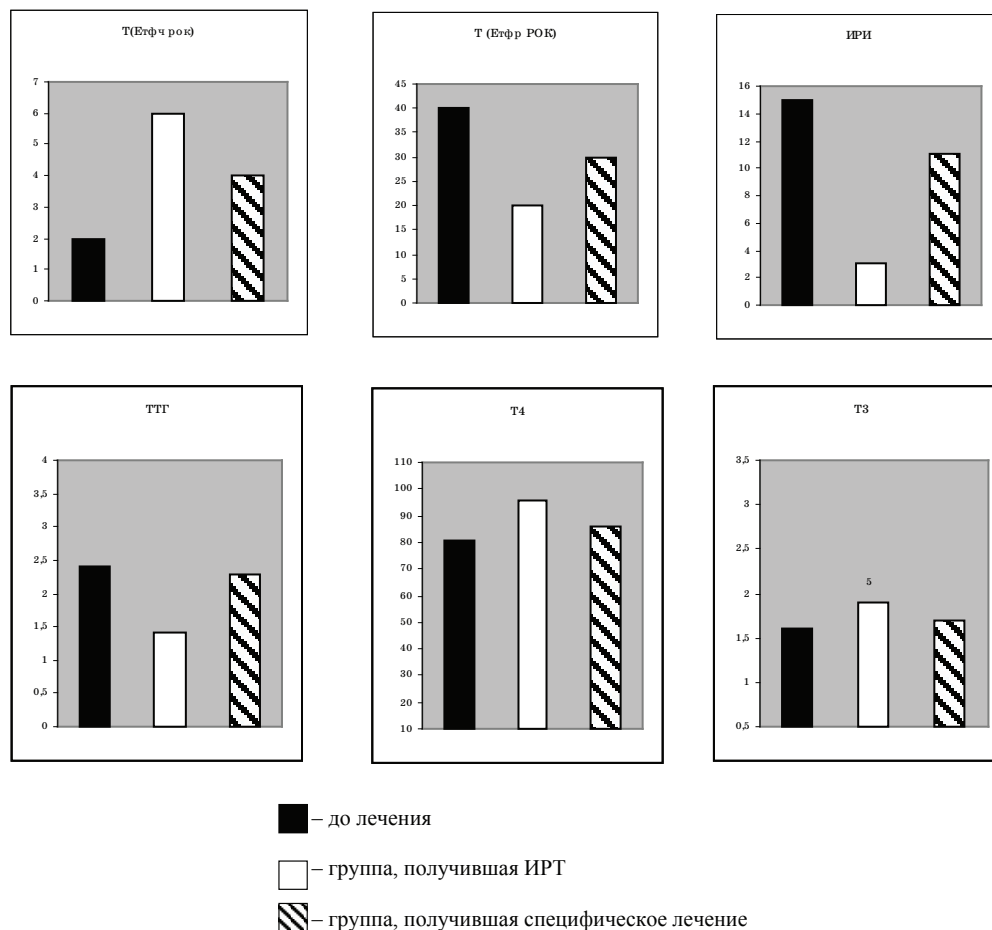
Показатель	До лечения n-80 $M_1 \pm m_1$	После курса ИРТ n-40 $M_2 \pm m_2$	После традиционного лечения n-40 $M_3 \pm m_3$	P
Т3, нмоль/л Р	1,59±0,02	1,98±0,07	1,68±0,02	$M_2 - M_3 < 0,001$
	$M_1 - M_2 < 0,01$		$M_1 - M_3 < 0,05$	
Т4, нмоль/л	81,20±1,50	96,30±2,40	86,30±0,02	$M_2 - M_3 < 0,001$
	$M_1 - M_2 < 0,01$		$M_1 - M_3 < 0,01$	
ТТГ, мк ед/мл	2,23±0,02	1,49±0,01	2,14±0,02	$M_2 - M_3 < 0,001$
	$M_1 - M_2 < 0,001$		$M_1 - M_3 < 0,01$	
Т(Етфч РОК), %	3,00±0,18	6,00±0,5	4,00±0,02	$M_2 - M_3 < 0,01$
	$M_1 - M_2 < 0,001$		$M_1 - M_3 < 0,01$	
Т(Етфр РОК), %	40,00±2,40	21,00±2,10	30,00±0,02	$M_2 - M_3 < 0,001$
	$M_1 - M_2 < 0,01$		$M_1 - M_3 < 0,01$	
ИРИ	15,00±1,30	3,60±0,60	11,00±0,02	$M_2 - M_3 < 0,001$
	$M_1 - M_2 < 0,001$		$M_1 - M_3 < 0,01$	

носительное повышение трийодтиронина (Т3), тироксина (Т4).

Результаты иммунологических и гормональных исследований у больных, получавших специфическое лечение, показывают также положительную динамику, но положительные сдвиги более выражены в группе больных, получавших ИРТ (см. рисунок).

Это связано, очевидно, с тем, что с улучшением показателей Т-лимфоцитов улучшаются функции щитовидной железы (ЩЖ). Угнетение функции щитовидной железы вызывается прогрессированием аутоиммунного процесса в ней и уменьшением резервных возможностей железы, что, без сомнения, сопровождается еще большим угнетением Т-системы иммунитета. Это можно представить следующим образом: нарушения Т-системы иммунитета → прогрессирование аутоиммунного процесса → угнетение функции щитовидной железы и

снижение уровня тиреоидных гормонов в крови → еще большее нарушение Т-системы иммунитета. Наши результаты не согласуются с имеющимися в литературе данными, где было показано снижение Т (Етфч РОК)-супрессоров и повышение содержания Т (Етфр РОК). Однако, учитывая результаты работы I. Iwatani [9], **увеличение содержания супрессоров** можно рассматривать как компенсаторную реакцию в ответ на их функциональную неспособность, к тому же весьма логичной кажется в данном случае мысль P. Pozzilli, K. Spencer [10] о том, что чувствительные к аутоиммунным заболеваниям люди могут обладать естественными механизмами защиты против аутоиммунных повреждений, таким, например, как повышение функций супрессорных клеток. Повышение количества естественных киллеров кажется нам вполне понятным, так как они осуществляют независимый от антител и комплемента лизис клеток мишеней.



Динамика показателей Т (Етфч РОК), Т (Етфр РОК), ИРИ, Т3, Т4, ТТГ у больных аутоиммунных тиреоидитов (АИТ) в зависимости от метода лечения.

При аутоиммунном тиреоидите в качестве клеток мишеней могут выступать клетки щитовидной железы. Вероятно, лечение таких больных должно быть комплексным, с включением таких средств, как иммуномодуляторы.

Таким образом, результаты исследования показали, что рефлексотерапия и традиционное медикаментозное лечение оказывают благоприятное воздействие на функциональное состояние иммунной и эндокринной системы, улучшая функцию щитовидной железы, но положительные сдвиги были более существенны у больных, получавших ИРТ. Иглорефлексотерапия может применяться как самостоятельно, так и в качестве дополнения к общепринятой медикаментозной терапии при аутоиммунном заболевании щитовидной железы.

На основании изложенного выше, считаем, что применение ИРТ воздействует на основные звенья патогенеза АИЗЩЖ и дает более существенные положительные результаты.

Степень нарушения иммунной системы зависит от функциональной активности щитовидной железы.

Метод иглорефлексотерапии может использоваться как самостоятельный, так и в качестве дополнения к общепринятой медикаментозной терапии при АИЗЩЖ.

Литература

1. *Джурабекова А.Т.* Поражение нервной системы у детей и подростков в йоддефицитном регионе: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. – Ташкент, 2003. – 28 с.
2. *Петунина Н.А.* Клиника, диагностика и лечение аутоиммунного тиреоидита // Проблемы эндокринологии. – 2002. – № 6. – С. 16–21.
3. *Евсеев В.А., Миковская О.И.* Нейроиммунопатия: иммуноагрессия, дезрегуляция, перспективы адаптивной иммунотерапии // Журнал неврологии и психиатрии. – 2002. – № 6. – С. 60–63.
4. *Фалеев А.И.* Классическая китайская чжень-цзю терапия. – М.: Олимпия, 1999. – 746 с.
5. *Сингх Д.* Практическая энциклопедия восточной терапии. – М., 1999. – 457 с.
6. *Chang C.C., Huang C.W., Chuang I.M.* // Eur. J. Endocrinol. – 1998. – Vol. 189. – № 1. – P. 44–48.
7. *Doufas A.G., Mastorahors F.* // Eur. J. Endocrinol. – 1999. – Vol. 140. – № 6. – P. 505–511.
8. *Петров Р.В., Хаитов Р.В., Орадовская И.В.* Иммунологический мониторинг больших групп населения страны // Иммунология. – 1992. – № 3. – С. 43–53.
9. *Iwatani I.* // J. Endocrinol. – 1983. – Vol. 56. – № 2. – P. 251–254.
10. *Pozzilli P., Spencer K.* // Lancet. – 1984. – Vol. 1. – P. 764–766.