

и отдаленных последствий у больных с данной интоксикацией. **Методы исследования и результаты.** Проводился ретроспективный анализ историй болезни 2 пациенток ФБУН «Северо-Западного научного центра гигиены и общественного здоровья» (2 женщины в возрасте 76 и 80 лет) за период наблюдения с 1974 и 1976 гг. по настоящее время (более 40 лет). Стаж их работы в производстве оргстекла, где они контактировали с ММА, превышающим ПДК в воздухе рабочей зоны, составил более 20 лет. За весь период наблюдения оценивалась динамика жалоб пациенток, неврологического статуса, результатов методов инструментальной диагностики. Первые признаки расстройств здоровья появились у больных после 5–7 лет работы с акрилатными соединениями. В структуре жалоб пациенток преобладала общемозговая симптоматика: почти постоянные головные боли, периодические несистемные головокружения, шаткость при ходьбе, общая слабость, утомляемость, раздражительность, нарушение сна. Также отмечались онемение и покалывание в руках и ногах. В неврологическом статусе фиксировалось сочетание признаков вегетососудистой дистонии, астено-невротического синдрома, рассеянной мелкоочаговой симптоматики, полиневритического синдрома. При осмотре выявлялись признаки токсической миокардиодистрофии, характерной для хронической интоксикации ММА: колющие и сжимающие боли в области сердца с иррадиацией в левую руку, одышка при быстрой ходьбе и подъеме по лестнице, неспецифические изменения на ЭКГ. При анализе результатов инструментальных методов диагностики было обращено внимание на стойкое сохранение симптоматики и патологических изменений на протяжении всего периода динамического наблюдения в течение десятков лет после отстранения их от работы с ММА. **Заключение.** На современном этапе диагностика хронической интоксикации ММА представляет собой важную проблему, поскольку не существует ее патогномоничных клинических симптомов и специфических диагностических тестов. Для адекватного выявления данного нейротоксикоза требуется специализированная подготовка неврологов и терапевтов в области профессиональной патологии и настороженность, которые позволят заподозрить возможность интоксикации ММА у больных с, казалось бы, типичными для распространенных общих заболеваний жалобами.

УДК 613.63: 669.71:616.23/24–057:612.017.1

ОЦЕНКА ОРГАНОТРОПНЫХ АНТИТЕЛ У РАБОТНИКОВ АЛЮМИНИЕВОЙ ПРОМЫШЛЕННОСТИ С БРОНХОЛЕГочНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Боклаженко Е.В.¹, Бодиевкова Г.М.^{1,2}

¹ФГБНУ «Восточно-Сибирский институт медико-экологических исследований», мкрн 12а, 3, Ангарск, Иркутская обл., Россия, 665827; ²ФГБОУ ВО «Иркутский национальный исследовательский технический университет», ул. Лермонтова, 83, Иркутск, Россия, 664074

EVALUATION OF ORGANOTROPIC ANTIBODIES IN WORKERS HAVING BRONCHOPULMONARY DISEASES AND ENGAGED INTO ALUMINUM INDUSTRY. **Boklazhenko E.V.¹, Bodienkova G.M.^{1,2}** ¹East-Siberian Institute of Medical-Ecological Researches, 3, 12a microdistrict, Angarsk Irkutsk region, Russia, 665827; ²Irkutsk National Research Technical University, 83, Lermontova str., Irkutsk, Russia, 664074

Ключевые слова: работники алюминиевого производства; хронический необструктивный бронхит; хроническая обструктивная болезнь легких; антитела

Key words: aluminum production workers; chronic obstructive bronchitis; chronic obstructive pulmonary disease; antibodies

Известно, что в структуре профессиональной патологии у работников алюминиевой промышленности лидирующие позиции занимают заболевания бронхолегочной системы. Воздействие токсико-пылевого фактора на рабочих приводит к изменениям в различных органах, индикаторами которых могут служить уровни ауто-антител (АТ). **Цель** — оценка продукции органотропных АТ у работников алюминиевой промышленности в зависимости от формы проявления профессиональной бронхолегочной патологии. Обследованы мужчины, работающие в производстве алюминия (34 — с хроническим необструктивным бронхитом (ХНБ), и 18 — с хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ). В контрольную группу включены 18 здоровых мужчин. С помощью набора Висцеро-тест МИЦ «Иммункулус» изучено сывороточное содержание АТ класса IgG относительно белков, характеризующих состояние легких: LuM–02, LuS–06; сосудистой системы: TrM–03, ANCA; сердца: CoM–02, β 1-адренорецепторы; почек: KiM–05, KiS–07; иммунной системы: дс-ДНК, β 2-гликопротеину I, Fc фрагментам — IgG; желудка и тонкого кишечника: GaM–02, ItM–07; печени: HeS–08, HMMP; тироглобулин, рецептор ТТГ; надпочечников: AdrM-D/C–0; простаты и сперматозоидов: Spr–06; нервной системы: S100, GFAP, ОБМ. Статистическая обработка осуществлялась с использованием пакета прикладных программ Statistica 6.0. **Результаты исследований.** У пациентов с ХОБЛ установлено по сравнению с контролем снижение АТ к белкам: ткани легких — LuS, β 2-ГП I — стойкому маркеру антифосфолипидного синдрома и возрастание АТ к GFAP — основному белку миелина. У пациентов с ХНБ выявлено повышение АТ к: мышце сердца — β 1-АдР; надпочечникам — AdrM, S100 — кальций-зависимому регулятору целого ряда клеточных функций, GFAP. У работников с ХНБ обнаружены более высокие уровни АТ к CoM ($p=0,04$) и ОБМ ($p=0,01$), чем у лиц с ХОБЛ. Полученные данные позволяют предположить участие упомянутых структур в патологических процессах при ХНБ и ХОБЛ. Следует отметить, что повышенная продукция АТ направлена на активацию клиренса и является саногенной. Длительно сохраняющиеся высокие уровни АТ свидетельствуют о нарушениях в соответствующих структурах тканей. С нарастанием тяжести патологического процесса уровни их снижаются в связи с дисрегуляторными расстройствами иммунной системы. Таким образом, выявленные иммунохимические изменения могут играть роль факторов патогенеза при ХНБ и ХОБЛ, а установленные особенности обусловлены различными механизмами, лежащими в основе развития патологии.