

Скрябина В.В.

Особенности экстрагенитальной заболеваемости у больных с угрожающим выкидышем, имеющих разные количественные характеристики лейкоцитарного индекса интоксикации

ГБОУ ВПО Пермская государственная медицинская академия им. ак. Е.А. Вагнера Минздрава РФ, г. Пермь

Scryabina V.V.

Features ekstragenitalna of incidence at patients with the menacing abortion, having leykotsitarnogo's different quantitative characteristics of indesk of intoxication

Резюме

Проанализированы особенности экстрагенитальной заболеваемости у 100 больных с угрожающим выкидышем в первом триместре и разными количественными показателями лейкоцитарного индекса интоксикации (ЛИИ). Показано, что женщины с низкими показателями ЛИИ имеют склонность к поражению органов и тканей экто-, мезо- и мезенхимального происхождения, а с высокими – эндодермального. Сделан вывод о том, что количественные характеристики ЛИИ являются интегративными показателями, отражающими устойчивые конституциональные характеристики - особенности воспалительных реакций и склонность к преимущественному поражению органов и тканей разного эмбрионального происхождения.

Ключевые слова: воспалительные реакции, лейкоцитарный индекс интоксикации, экстрагенитальная заболеваемость

Summary

Features of ekstragenitalny incidence at 100 patients with menacing abortion in the first trimester and different quantitative indices of the leykotsitarny index of intoxication (LII) are analysed. It is shown that women with low indicators of LII have tendency to defeat of bodies and fabrics ekto-, meso- and a mesenchymal origin, and with high – endodermalny. The conclusion that quantitative characteristics of LII are the integrative indicators reflecting steady constitutional characteristics - features of inflammatory reactions and tendency to primary defeat of bodies and fabrics of a different embryonic origin is drawn.

Keywords: inflammatory reactions, leykotsitarny index of intoxication, ekstragenitalny incidence

Введение

На сегодняшний день большое значение придают особенностям воспалительных реакций в развитии различных заболеваний и основных осложнений беременности [1,4]. Считают, что «качество», а точнее, конечный эффект иммунного ответа ассоциирован с лейкоцитарными антигенами человека (Human Leukocyte Antigens-HLA). Так, например, в процессе анализа исходов эпидемии брюшного тифа в Суринаме в 80-х годах XX века было установлено, что среди выживших европеоидов были практически только HLA-DR3, A1 и B8 положительные лица. Позднее была отмечена ассоциация этих аллелей и гаплотипов с высокой активностью Т-хелперов, естественных киллеров и фагоцитоза [6,7]. А, следовательно, выраженность и особенности клинических проявлений воспалительных реакций – это устойчивые, конститу-

ционально обусловленные характеристики. С другой стороны известно, что такой доступный для анализа показатель, как индекс лейкоцитарной интоксикации (ЛИИ), достаточно достоверно отражает степень активности воспалительных процессов [2,3]. Поэтому, вполне вероятно, что женщины с различными по выраженности воспалительными реакциями (разными количественными характеристиками ЛИИ) могут иметь склонность к развитию различных экстрагенитальных заболеваний. Вот почему интересным, на наш взгляд, представлялось проанализировать особенности экстрагенитальной патологии у больных с угрожающим выкидышем в первом триместре при различных количественных характеристиках ЛИИ.

Цель исследования – проанализировать особенности экстрагенитальной заболеваемости у больных с УВ в первом триместре беременности.

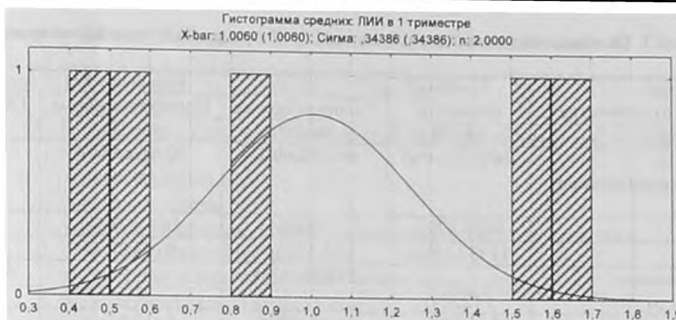


Рис.1. Гистограммы средних ЛИИ (в усл. ед.) у больных с УВ в первом триместре на фоне кривой правильного распределения.

Материалы и методы

По законченным случаям исходов беременности и родов был проведен ретроспективный анализ 34 историй болезни женщин с физиологическим течением гестации и 100 больных с угрожающим выкидышем в первом триместре до начала или в первый день лечения. Анализировали количественные характеристики ЛИИ, который рассчитывали на основании сданного в первом триместре общего анализа крови по методике Кальф-Калифа [2] (в условных единицах - усл.ед.):

$(4 \text{ миелоциты}^* + 3 \text{ юные} + 2 \text{ палочкоядерные} + \text{ сегментоядерные}) \times (\text{пл.кл.}^{**} + 1)$

ЛИИ = -----
(лимфоциты + моноциты) × (эозинофилы + 1)

* - все показатели приводятся в процентах;

** - плазматические клетки.

Нормативные показатели ЛИИ - от $0,62 \pm 0,09$ до $1,6 \pm 0,5$ условных единиц. Увеличение данного показателя свидетельствует о повышении уровня эндогенной интоксикации и активации процессов распада [3]. Кроме количественных характеристик ЛИИ изучали соматический анамнез.

При обработке полученных данных вычисляли среднюю арифметическую вариационного ряда (M) и ошибку средней (m). Достоверность различий (p) оценивали по критерию Манна-Уитни для выборок с неправильным распределением. Обработка результатов проводилась с помощью компьютерных программ «EXCELL 2003» и «STATISTIKA 6».

Полученные результаты. Анализ количественных характеристик ЛИИ в первом триместре показал отличие этого показателя у здоровых беременных ($0,86 \pm 0,39$ усл. ед.) от больных с УВ в целом ($1,41 \pm 1,11$ усл. ед., $p < 0,05$). А, кроме того, выявил статистическую разнородность обследованных пациенток с УВ (рис.1), что позволило распределить их на три различные группы. Первую составили 23 женщины с низкими (гипореактивные) относительно группы сравнения показателями ЛИИ в ранние сроки гестации ($0,45 \pm 0,08$ усл. ед., $p < 0,001$); вторую – 39 пациенток с показателями ЛИИ, сопоставимыми (нормореактивные) с показателями группы сравнения ($0,87 \pm 0,25$ усл. ед., $p > 0,5$); третью – 38 обследованных с повышенными (гиперреактивные) показателями ЛИИ ($2,49 \pm 1,07$ усл. ед., $p < 0,001$).

Различиям в количественных характеристиках ЛИИ соответствовали и различия в особенностях соматического анамнеза (табл.1). При анализе экстрагенитальной заболеваемости не было выявлено различий в суммарной частоте перенесенных инфекционно-воспалительных заболеваний (ОРВИ, ангина, пиелонефритов, бронхитов и т.д.) между всеми группами, но были выявлены значительные различия в структуре экстрагенитальной патологии.

Некоторые заболевания и патологические состояния у гипер- и гипореактивных пациенток диагностировались реже, например, пиелонефриты (в группе сравнения в 11 случаях-32,35%, у нормореактивных – в 9-23,08%, $p < 0,5$; у гипореактивных – в 1-4,34%, $p < 0,05$; у гиперреактивных – в 3-7,89%, $p < 0,05$). Другие – чаще, например диффузное увеличение щитовидной железы (в группе сравнения – в 1 случай-2,9%; у гипореактивных – в 2-8,69%, $p < 0,001$; у гиперреактивных - 4-10,53%, $p < 0,001$, при отсутствии их у нормореактивных). Часть была выявлена только у гипореактивных пациенток: патология опорно-двигательного аппарата - дорсопатии, сколиоз; гастроудоденит, язвенная болезнь желудка и ДПК, хронический холецистит, желчекаменная болезнь; миопия с периферической дистрофией сетчатки – ПВХРД; отит; цистит и мочекаменная болезнь; анемия; нарушения сердечного ритма, дистрофические изменения в миокарде; паховая и пупочная грыжи; перитонит; лимфаденит; остеомиелит; мастит, не связанный с беременностью; различные поражения кожи - фурункулез, псориаз, кожные проявления аллергии. Только в этой группе наблюдений диагностировали ранее ВСД по гипотоническому типу и выявляли полнокровие вен на глазном дне. Другие заболевания и патологические состояния диагностировали ранее только у гиперреактивных пациенток: панкреатит; бронхиальная астма; ВСД по гипертоническому типу; спазм артерий на глазном дне, аллергические реакции в виде отека гортани.

Следовательно, у всех женщин, и здоровых и больных с УВ, были в анамнезе указания на перенесенные инфекционно-воспалительные заболевания с поражением органов, находящихся на «разделе» внешней и внутренней среды – ангины, бронхиты, пиелонефриты. Только гипореактивные пациентки имели заболевания и патологические состояния, связанные с поражением ор-

Таблица 1. Особенности анамнеза у больных с УВ при разных типах реагирования

Экстрагенитальные заболевания и патологические состояния, абс. (%)	Группа сравнения (n=34)	Больные с УВ		
		Гипореактивные (n=23)	Нормореактивные (n=39)	Гиперреактивные (n=38)
Экстрагенитальные инфекционно-воспалительные заболевания	74 (217,64%)	46 (200,00%)	92 (235,89%)	83 (218,42%)
Ангина	9 (26,47%)	3 (13,04%)	10 (25,64%)	9 (23,64%)
Пиелонефрит	11 (32,35%)	1 (4,34%) *	9 (23,08%)	3 (7,89%)*
Диффузное увеличение щитовидной железы	1 (2,9%)	2 (8,69%)**	- ^	4 (10,53%)*, **
Гепатиты А, В, С	2 (5,88%)	3 (13,04%)	5 (12,82%)	2 (5,26%)
Патология опорно-двигательного аппарата (дорсопатия, сколиоз)	-	3 (13,04%)*	- ^	- ^
Гастрит	-	4 (17,39%)*	1(2,64%)	4 (10,53%)*
Гастродуоденит	-	5 (21,74%)*	1(2,64%)*	- ^, **
Язвенная болезнь желудка и ДПК	-	3 (13,04%)*	- ^	- ^
Панкреатит	-	-	1(2,64%)	4 (10,53%)*
Хронический холецистит, желчекаменная болезнь	-	3 (13,04%)*	1(2,64%)	- ^
Миопия с дистрофическими изменениями на глазном дне (ПВХРД)	-	3 (13,04%)*	- ^	- ^
Полнокровие вен сетчатки	-	3 (13,04%)*	- ^	- ^
Спазм артерий на глазном дне	-	-	-	3 (7,89%) *,**
Отит	-	3 (13,04%)*	- ^	- ^
Воспаление придатков носа (гайморит, синусит)	-	2 (8,69%) *	1(2,64%)	- ^
Цистит	-	2 (8,69%) *	1(2,64%)	- ^
Мочекаменная болезнь	-	2 (8,69%) *	- ^	- ^
Анемия	-	2 (8,69%) *	- ^	- ^
ВСД по гипотоническому типу	-	3 (13,04%)*	1(2,64%)	- ^
ВСД по гипертоническому типу	-	-	-	2 (5,26%)
Нарушения сердечного ритма, дистрофические изменения в миокарде	-	2 (8,69%) *	- ^	- ^
Протлапс митрального клапана	-	1 (4,34%)	-	-
Бронхит	-	2 (8,69%) *	3 (7,69%)	4 (10,53%)*
Пневмония	-	1 (4,34%)	1(2,64%)	2 (5,26%)
Грыжи (паховая и пупочная)	-	2 (8,69%) *	- ^	- ^
Перитонит	-	1 (4,34%)	-	-
Остеомиелит	-	1 (4,34%)	-	-
Лимфаденит	-	2 (8,69%) *	- ^	- ^
Мастит (в 8 лет)	-	1 (4,34%)	-	-
Нейродермит	-	1 (4,34%)	-	-
Фурункулез	-	1 (4,34%)	-	-
Кожные проявления аллергии	-	3 (13,04%)*	1(2,64%)	- ^
Отек гортани	-	-	-	2 (5,26%)

Достоверность различий (p) * < 0,05, ** < 0,001 с группой сравнения; ^ < 0,05, ^^ < 0,001 с гипореактивными; * < 0,05, *** < 0,001 с нормореактивными.

ганов и тканей экто-, мезо- и мезенхимального происхождения (табл.2), склонность к развитию дистрофических процессов (ПВХРД, дистрофия миокарда, образование конкрементов), некрозов (язвенная болезнь желудка и ДПК) на фоне воспалительных процессов, ангиодистонические реакции по гипотоническому типу и формирование венозной недостаточности. Для гиперреактивных пациенток оказалось характерным поражение органов энтодермального происхождения и развитие ангиодистонических реакций по гипертоническому типу.

Таким образом, показатели ЛИИ позволили выявить статистическую разнородность группы больных с УВ в первом триместре. А анализ соматической заболеваемости у женщин с различными показателями ЛИИ показал, что пациентки с разной выраженностью воспалительных реакций, оцененных на основании этого показателя, имеют склонность к преимущественному поражению органов и тканей, происходящих из разных эмбриональных зачатков. Лица с не выраженными воспалительными реакциями (гипореактивные) – к поражению тканей экто-, мезо- и мезенхималь-

Таблица 2. Ткани – производные эмбриональных зачатков

Эмбриональный зачаток	Ткани
Эктодерма	<ul style="list-style-type: none"> • эпидермис кожи и его производные (сальные, потовые, молочные железы, ногти, волосы), • нервная ткань, • органы чувств, • эпителий ротовой полости и его производные (слюнные железы, эмаль зуба, эпителий аденогипофиза), • эпителий и железы анального отдела прямой кишки.
Мезодерма	<ul style="list-style-type: none"> • собственно кожа (дерма кожи); • скелетная мускулатура; • осевой скелет (кости, хрящи); • эпителий мочеполовой системы и нефронов почек; • эпителий серозных покровов (плевра, брюшина, околосердечная сумка), • гонады, • миокард, • корковая часть надпочечников.
Энтодерма	<ul style="list-style-type: none"> • часть энтодермы, образованная из прехордальной пластинки - эпителий и железы пищевода и дыхательной системы; • часть энтодермы, образованная из гипобласта - эпителий и железы всей пищеварительной трубки (включая печень и поджелудочную железу); • участвует при образовании переходного эпителия мочевого пузыря (аллантоис).
Мезенхима	<ul style="list-style-type: none"> • все виды соединительной ткани (кровь и лимфа, рыхлая и плотная волокнистая соединительная ткань, соединительная ткань со специальными свойствами, костная и хрящевая ткань); • гладкая мышечная ткань; • эндокард.

ного происхождения, а с выраженными (гиперреактивные) – энтодермального. Следовательно, количественные характеристики ЛИИ являются интегративными показателями, отражающими устойчивые конституциональные характеристики – особенности воспалительных реакций и склонность к преимущественному поражению органов и тканей разного эмбрионального происхождения. Поэтому, вполне вероятно, что во время эпидемии брюшного тифа в Суринаме в 80-х годах XX века большинство умерших было гиперреактивными пациентами, с выраженными воспалительными реакциями и склонностью к поражению тканей энтодермального (эпителий и железы пищеварительной трубки) происхождения.

Выводы

1. Количественные характеристики ЛИИ являются устойчивыми конституциональными характеристиками, отражающими не только выраженность воспалительных реакций, но и склонность к поражению органов разного эмбрионального происхождения.

2. Для лиц с низкими показателями ЛИИ характерны заболевания и патологические состояния связанные с поражением органов и тканей экто-, мезо- и мезенхимального происхождения; склонность к развитию дистрофических процессов (ПВХРД, дистрофия миокарда, образование конкрементов), некрозов (язвенная болезнь желудка и ДПК) на фоне воспаления, ангиодистонических реакций по гипотоническому типу и формирование венозной недостаточности. Для пациентов с высокими показателями ЛИИ - поражение органов энтодермального происхождения и развитие ангиодистонических реакций по гипертоническому типу. ■

Скрябина Валерия Владиславовна доцент кафедры акушерства и гинекологии ФПК и ППС ГБОУ ВПО "Пермская государственная медицинская академия им. акад. Е.А. Вагнера" Минздрава России, г. Пермь; Адрес для переписки - 614 000, г. Пермь, а/я 4, Тел.: (8912) 986 37 93 E-mail: skryabina-vv@mail.ru

Литература:

1. Акушерство. Справочник Калифорнийского университета. Под ред. К.Нисландера и А.Эванса. Пер. с англ. М., Практика, 1999: 468.
2. Кальф-Кальфия Я. О лейкоцитарном индексе интоксикация и его практическое значение. Врачебное дело, 1941 (1): 31–35.
3. Островский В.К., Машченко А.В., Янголенко Д.В., Макаров С.В. Показатели крови и лейкоцитарного индекса интоксикация в оценке тяжести и определения прогноза при воспалительных, гнойных и гнойно-деструктивных заболеваниях. Клин. лаб. Диагностика, 2006 (6): 50–53.
4. Сидельникова В.М., Сухих Г.Т. Невынашивание беременности: Руководство для практикующих врачей – М.: ООО «Медиаинское информационное агентство», 2010: 536.
5. Тоюян Б.П. Общая эмбриология: Учеб. для биол. ун-тов – 4-е изд., перераб. и доп. – М.: Высш. шк., 1987: 480.
6. Bodmer W.F. Models and mechanisms for HLA and disease association. J.Exp.Med., 1980 (152): 353-357.
7. Dausset J. Biological importance of the MHC complex. Developments in Immunology, Clinical Immunology and Allergology (Elsevier), 1981 (14): 113-120.