

удобными средствами связи и сигнализации, сидениями для кратковременного отдыха во время регламентированных перерывов.

Производственные факторы кожевенной промышленности не оказывают существенного влияния на заболеваемость женскими болезнями.

Поступила 28 апреля 1977 г.

УДК 678.7:612.112.3:618.2—083+612.648

ФАГОЦИТАРНАЯ АКТИВНОСТЬ ЛЕЙКОЦИТОВ У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН — РАБОТНИЦ ПРОИЗВОДСТВА КАУЧУКА И У ИХ НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ

А. П. Пигалов

Кафедра госпитальной педиатрии (зав.— проф. А. Х. Хамидуллина) Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института им. С. В. Курашова

Реферат. Фагоцитарная активность лейкоцитов у работниц производства изопренового каучука во время беременности и у их новорожденных детей выше, чем в контрольной группе, и зависит от стажа работы.

Естественная неспецифическая реактивность, являющаяся видовым признаком и определяемая рядом факторов, в том числе и фагоцитарной активностью микро- и макрофагов, весьма чувствительна к изменениям внутренней и окружающей среды на различных этапах онтогенеза, и особенно в постнатальной жизни. Для детского организма она имеет большее значение, чем для взрослых, у которых основную роль играют специфические иммунологические механизмы [2]. Установлено, что на фагоцитарную активность лейкоцитов крови у новорожденных влияет состояние ее у матерей во время беременности [1].

Мы исследовали фагоцитарную активность лейкоцитов периферической крови у беременных женщин — работниц производства изопренового каучука (основная группа), в том числе у 91 в первой и у 108 — во второй половине беременности. Контрольную группу составили женщины, работающие на этом же предприятии, но не имеющие контакта с профессиональной вредностью. 43 из них обследованы в первой и 68 — во второй половине беременности. Фагоцитоз изучали по методике А. Х. Хамидуллиной (1970).

Было установлено, что фагоцитарная активность лейкоцитов крови меняется на протяжении беременности и зависит от условий труда женщины. Фагоцитарный индекс повышается во второй половине беременности. У женщин основной группы на протяжении всей беременности он выше, чем в контрольной. В то же время в первой половине беременности у женщин основной группы фагоцитарное число было ниже, чем в контроле. Во второй половине беременности фагоцитарное число было одинаково у женщин обеих групп.

Своеобразные особенности фагоцитарной реакции лейкоцитов наблюдались с увеличением срока работы женщин в условиях профессиональной вредности (рис. 1, А и Б).

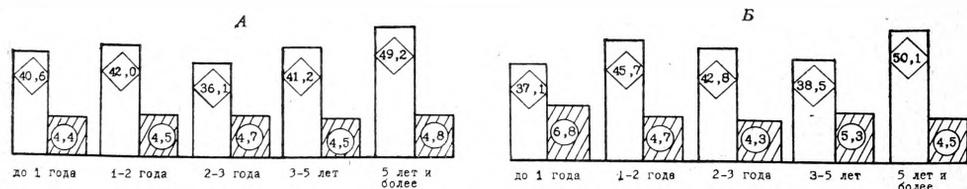


Рис. 1. Фагоцитарная активность лейкоцитов крови у беременных в зависимости от стажа работы.

Обозначения: А — первая половина беременности, Б — вторая половина беременности; заштрихованные столбик — фагоцитарное число, незаштрихованные — фагоцитарный индекс.

Подобная динамика прослеживается у нейтрофилов и эозинофилов. Данные о фагоцитарной способности лимфоцитов разнообразны. По мнению большинства исследователей, лимфоциты не могут фагоцитировать. Однако А. Х. Хамидуллина (1970) находила фагоцитарную способность лимфоцитов у тех больных, у которых была снижена фагоцитарная активность полинуклеаров.

Мы обнаружили слабую фагоцитарную активность лимфоцитов, которая повышалась с $2,4 \pm 0,5\%$ при стаже до года до $7,8 \pm 1,0\%$ после 5 лет работы ($P < 0,05$). Фагоцитарное число также несколько увеличилось.

Фагоцитарный индекс моноцитов возрастал к 3 годам работы до $39,0 \pm 4,0\%$ ($P < 0,05$) и достигал большего значения после 5 лет работы — $41,2 \pm 5,0\%$ ($P < 0,05$). Подобную динамику имело и фагоцитарное число.

Мы изучили фагоцитарную активность лейкоцитов пуповинной крови у 112 детей, родившихся у женщин основной группы, и у 62 детей, рожденных женщинами контрольной группы.

Фагоцитарная активность лейкоцитов пуповинной крови значительно ниже, чем в материнской крови во время беременности. Как у матерей, так и у детей основной группы фагоцитарный индекс выше, чем в контрольной группе, а фагоцитарное число было одинаковым у детей обеих групп.

Фагоцитарный индекс у детей основной группы был достоверно выше по сравнению с контролем только за счет эозинофилов. Высокая фагоцитарная активность эозинофилов наблюдалась у матерей этих детей во время беременности. Фагоцитарная активность пуповинной крови новорожденных также зависела от стажа работы матери на производстве изопренового каучука (рис. 2).

Подобная динамика наблюдается у нейтрофилов и эозинофилов. Фагоцитарный индекс мононуклеаров продолжает нарастать после 5 лет работы матери в условиях данного производства, но фагоцитарное число у лимфоцитов остается прежним, а у моноцитов — сниженным.

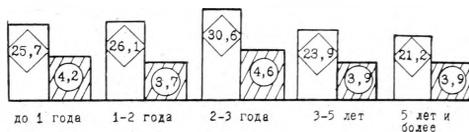


Рис. 2. Фагоцитарная активность лейкоцитов пуповинной крови новорожденных в зависимости от стажа работы матерей. Обозначения: заштрихованные столбики — фагоцитарное число, незаштрихованные — фагоцитарный индекс.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гриненко Н. И. Некоторые факторы естественного иммунитета новорожденных детей и условнопатогенные микроорганизмы. Автореф. канд. дисс., Харьков, 1965.— 2. Михайлова З. М., Михеева Г. А. Иммунологическая реактивность детского организма. М., 1974.— 3. Хамидуллина А. Х. Вопр. охр. мат. и дет., 1970, 12.

Поступила 22 марта 1977 г.

БИБЛИОГРАФИЯ И РЕЦЕНЗИИ

Р. А. Лурия. Внутренняя картина болезни и ятрогенные заболевания.
Медицина, М., 1977, 112 стр.

Впервые изданная в 1936 г., эта книга вышла четвертым изданием. Как пишет в предисловии Е. И. Чазов, она отнюдь не утратила актуальности. Наоборот, с прогрессом современного технического вооружения медицины опасность «отдаления» врача от больного нарастает, а от этого и предостерегает книга Р. А. Лурия. Решение об ее издании было принято в 1974 г., когда отмечалось столетие со дня рождения автора.

Речь идет о взаимоотношении врача и больного, что во все времена составляло важную проблему в медицине. Эти отношения не тождественны контакту двух здоро-