

ИММУНОЛОГИЧЕСКАЯ РЕАКТИВНОСТЬ РАБОЧИХ НЕФТЕПЕРЕРАБАТЫВАЮЩЕГО ПРОИЗВОДСТВА

Л. М. Карамова, А. А. Курмаева

Уфимский научно-исследовательский институт гигиены и профзаболеваний (директор — Л. М. Карамова) МЗ РСФСР

В процессе современной переработки нефти осуществляется контакт рабочих с разнообразными веществами. В связи с этим необходимо изучение воздействия нефтепродуктов на организм рабочих и в частности на иммунную систему, так как иммунологические сдвиги могут предшествовать клиническим [2].

При обследовании 370 рабочих нефтеперерабатывающего завода применяли комплекс иммунологических методов: определение уровня иммуноглобулинов в сыворотке крови, реакцию торможения миграции лейкоцитов *in vivo*, кожные аппликационные пробы с промышленными аллергенами, реакцию специфического подавления ретракции кровяного сгустка. Кроме того, изучали состояние неспецифической реактивности (по фагоцитарной активности лейкоцитов и микробному составу глубокой аутофлоры кожи), а также возможность аутоенсибилизации (бляшкообразующие клетки в периферической крови, титр аутоантител к тканям легких, сердца, печени).

Специфическое тестирование выявило незначительную частоту положительных кожных реакций на нефтепродукты у 1,4% обследованных, причем наиболее активным аллергеном из 10 сравниваемых было дизельное топливо. Положительные кожные реакции на него установлены у 0,7% обследованных. Наиболее информативными оказались реакция торможения миграции лейкоцитов *in vivo* и реакция специфического подавления ретракции кровяного сгустка. Так, торможение 0,01% раствором бензина миграции лейкоцитов в ротовую полость, определяемое по методике А. Д. Адо и соавт. (1980), выявлено у 48,8% рабочих, тогда как в контроле не получено ни одной положительной реакции. Чаше выраженные реакции на бензин встречались у операторов, имеющих разнообразные контакты с химическими веществами. Активная реакция торможения миграции лейкоцитов *in vivo* у обследованных наблюдалась наиболее часто в первые годы работы (у 35,7%) и при стаже свыше 20 лет (у 66,6%), что, вероятно, свидетельствует об изменении реактивности организма в зависимости от длительности воздействия нефтепродуктов.

Специфическое влияние нефтепродуктов на организм доказывается также результатами реакции подавления ретракции кровяного сгустка. Так, снижение индекса ретракции по сравнению с контрольным тестом на нефтепродукты (бензин, парафин, дизельное топливо, соляровое масло) установлено у 52,6% обследованных. Наиболее часто аллергические реакции отмечались на бензин (50% всех положительных реакций) и дизельное топливо (34%), что согласуется с результатами кожных аппликационных проб и реакции торможения миграции лейкоцитов *in vivo*. По снижению содержания Ig A (у 79,9%) и особенно Ig M (у 89,5%) можно судить о функциональной несостоятельности В-зависимой системы. Косвенным подтверждением данного предположения является обнаруженная гипогаммаглобулинемия, свидетельствующая о торможении процессов антителообразования у большинства лиц со сниженным содержанием иммуноглобулинов.

Выявление аутоантител может быть полезным для распознавания ранних стадий повреждающего действия различных профессиональных факторов [3]. Применявшаяся с этой целью реакция пассивной гемагглютинации по Бойдену с определением титров аутоантител к тканям печени, легкого, сердца показала активацию аутоиммунного процесса у обследованных. Высокий уровень (более 5,5%) бляшкообразующих клеток, определяемый по методу Эрне и отражающий интенсивность аутоиммунных процессов, обнаружен у 31,0% рабочих нефтеперерабатывающего завода. Наряду с воздействием на иммунные процессы анализ полученных данных показал возможность влияния производственной среды на факторы неспецифической резистентности организма. Так, у $34,0 \pm 5,0\%$ лиц была угнетена фаза захвата фагоцитоза, число активных фагоцитов у них не превышало 38%. Метод определения глубокой аутофлоры кожи позволяет выявить ранние изменения барьерно-защитной функции кожи,

также отражающие состояние резистентности организма. Повышенные показатели роста микроорганизмов на кровяном агаре у 77,0% рабочих и в отпечатках на среде Коростелева с наличием до 7—9% гемолитических штаммов у 69,2% обследованных свидетельствуют о низкой антимикробной сопротивляемости организма у большинства из них. Низкую резистентность организма к влиянию чужеродных факторов доказывает также уменьшение содержания сывороточного лизоцима у каждого четвертого обследованного.

ЛИТЕРАТУРА

1. Адо А. Д., Бондарева Г. Ц., Читаева В. Г. В кн.: Экспериментальная и клиническая аллергология и иммунология. Чебоксары, 1980.— 2. Алексеева О. Г., Дуева Л. А. Аллергия к промышленным химическим соединениям. М., Медицина, 1976.— 3. Русаков Н. В., Русакова Е. В. В кн.: Факторы естественного иммунитета при различных физиологических и патологических состояниях. Челябинск, 1979.

Поступила 28 декабря 1982 г.

СОЦИАЛЬНАЯ ГИГИЕНА И ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

УДК 616.16—005.6—08—039.71

ДИСПАНСЕРИЗАЦИЯ БОЛЬНЫХ ГЕМОРРАГИЧЕСКИМИ ВАЗОПАТИЯМИ

С. А. Бобылев

Кафедра госпитальной терапии № 1 (зав. — заслуж. деят. науки РСФСР проф. В. А. Германов) Куйбышевского медицинского института им. Д. И. Ульянова

В Куйбышевском гематологическом центре, осуществляющем консультационную поликлиническую специализированную гемостазиологическую помощь, при первичном осмотре больного с явлениями кровоточивости при постановке диагноза и проведении дифференциальной диагностики руководствуются классификацией геморрагических вазопатий, в которой выделяются следующие классы: метапластические, инфекционные, иммунопатологические, дистрофические, диспластические, неврогенные.

Диспансерное наблюдение за такими больными проводили путем активного выявления при профосмотрах, по текущей обращаемости, в период стационарного лечения. За последние 5 лет на стационарном или амбулаторном лечении находилось 140 больных геморрагическим васкулитом (51 мужчина и 89 женщин). Возраст больных колебался от 16 до 74 лет, большинство (122) было в возрасте 20—50 лет.

Наблюдения показали, что геморрагический васкулит чаще развивался после перенесенного острого инфекционного заболевания или при наличии в организме хронических очагов инфекций.

Мы наблюдали больных с тяжелыми формами геморрагического васкулита, возникшего на фоне тяжелой стафилококковой пневмонии, хронической пневмонии с бронхоэктазами, при хронических холециститах, гайморитах, гнойных отитах и маститах.

При диспансерном наблюдении за больными геморрагическим васкулитом мы выделяем группу больных пожилого возраста (50—74 года), поскольку именно у них геморрагический васкулит является причиной большого числа ошибочных диагнозов и требует особенно внимательного отношения к диагностике со стороны врача. Наряду с наличием очаговой инфекции как причины геморрагического васкулита в пожилом возрасте следует иметь в виду злокачественные новообразования, инфаркт миокарда и чаще встречающиеся тяжелые формы хронической пневмонии.

Опыт диспансерного наблюдения за больными геморрагическим васкулитом показывает, что очень большая роль в профилактике возникновения или прогрессирования заболевания принадлежит участковым и цеховым врачам, врачам медико-санитарных частей, с которыми в первую очередь встречаются больные. Для диагностики этого заболевания (в отличие от тромбоцитопатий, коагулопатий, лейкозов) не требу-