

АДАПТАЦИОННЫЕ СОСТОЯНИЯ И УРОВЕНЬ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОЙ РЕЗИСТЕНТНОСТИ ПРИ ЦЕНТРАЛЬНОЙ СЕРОЗНОЙ ХОРИОРЕТИНОПАТИИ

Ю. А. Черных, Е. В. Козина, О. Г. Солдатова, В. Т. Гололобов, Л. А. Черных

Красноярский государственный медицинский университет им. В. Ф. Войно-Ясенецкого

При исследовании 104 случаев центральной серозной хориоретинопатии (ЦСХР) определены типы адаптационных реакций и состояний организма, отражающих уровень неспецифической резистентности больных ЦСХР. Установлено, что состояния блока «сбалансированной патологии» наименее благоприятны для течения заболевания, наиболее значимы в прогнозе рецидивирования болезни в течение первых 2 лет. Наличие состояний острого и хронического стресса снижает риск развития рецидивов заболевания.

Ключевые слова: центральная серозная хориоретинопатия, лейкоцитарная формула крови, адаптация, неспецифическая резистентность организма.

ADAPTATION CONDITIONS AND LEVEL OF NONSPECIFIC BODY RESISTANCE IN CENTRAL SEROUS CHORIORETINOPATHY

Y. A. Chernyh, E. V. Kozina, O. G. Soldatova, V. T. Gololobov, L. A. Chernyh

There were detected different types of human adaptive conditions and responses reflecting nonspecific body resistance level in patients with CSCR. We found that the conditions of a blocked «balanced pathology» are not too good for the clinical course and probably events on disease recurrence within the first 2 years. Presence of acute and chronic stress reduces the risk of disease recurrence.

Key words: central serous chorioretinopathy, leukogram, adaptation, nonspecific body resistance.

Известно, что центральную серозную хориоретинопатию (ЦСХР) относят к полиэтиологичным заболеваниям. Отмечают ее связь с фокальной инфекцией, аллергическими процессами, иммунологическими сдвигами и пр. [2, 9]. По мнению ряда авторов, имеется четкая связь между возникновением ЦСХР и эмоциональным стрессом, который может приводить к изменению хориоидальной микроциркуляции, нарушению работы гематофтальмического барьера [2, 10]. Подобные сдвиги могут быть обусловлены развитием «стресс-реакции» на различные по характеру раздражители. Однако данный тип реагирования не является единственной неспецифической адаптационной реакцией организма [3].

ЦЕЛЬ РАБОТЫ

Определить типы адаптационных состояний и уровни неспецифической резистентности организма у больных ЦСХР и проанализировать их соотношения с характером течения заболевания.

МЕТОДИКА ИССЛЕДОВАНИЯ

Ретроспективному анализу подверглись результаты обследования 104 пациентов с ЦСХР, поступивших в Красноярскую краевую офтальмологическую клиническую больницу в период 2006—2010 гг.

В ходе исследования изучали половозрастную характеристику пациентов, анамнез заболевания и факторы риска его развития, состояние зрительных функций. В соответствии с результатами фундаментальных разработок Гаркави Л. Х. с соавт. в качестве индикатора адаптационных реакций организма были выбраны показатели лейкограммы [1, 4—6]. За основной крите-

рий идентификации адаптационных реакций, позволяющий далее объединять их в адаптационные состояния, принят коэффициент $K_{\text{лвс}}$ — соотношение процентного содержания лимфоцитов и сегментоядерных нейтрофилов. Количество лейкоцитов, процентное содержание палочкоядерных нейтрофилов, моноцитов и эозинофилов имеют уточняющее значение.

Оценку адаптационных реакций и состояний, уровня резистентности организма, по данным лейкограммы периферической крови, проводили с использованием компьютерной программы НЕМ [7, 8].

Статистическую обработку результатов производили с использованием пакета программ Statistica 6.0. Использовали значения медианы (Me), 10-й и 90-й процентиля [10p; 90p]. Для оценки значимости межгрупповых различий применяли критерии Манна-Уитни, Краскелла-Уоллиса. При сравнении независимых групп по качественному признаку использовали метод «Пирсона и МП χ^2 ».

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Среди пациентов, впервые обратившихся за медицинской помощью по поводу ЦСХР, были 91 мужчина (87,5 %) и 13 женщин (12,5 %). Средний возраст пациентов составил 40 [28—51] лет. При этом мужчины были моложе женщин в среднем на 10 лет — 39 [28; 50] и 49 [35; 58] лет соответственно ($p = 0,004$). Приведенные результаты соответствуют широко известным данным [5, 10].

Более чем в половине случаев (57,7 %) у пациентов с ЦСХР отсутствовала какая-либо сопутствующая соматическая патология ($p = 0,036$), 18,2 % больных страдали артериальной гипертензией (АГ), по 8,7 %

пациентов отмечали наличие хронической фокальной инфекции и заболеваний системы пищеварения, 6,7 % — различных форм аллергических состояний.

Наличие «стрессовых» факторов, которые, по нашему мнению, могли способствовать развитию хориоретинопатии, отметили 13 пациентов (12,5 %). При этом 6 больных указали на связь заболевания с респираторной вирусной инфекцией, 4 больных — с острым психоэмоциональным воздействием. У 3 пациентов ЦСХР развился через несколько дней после перенесенной ангины. В подавляющем большинстве случаев (87,5 %) провоцирующими развитием ЦСХР факторов выявлено не было ($p = 0,001$).

По данным лейкограммы, у 41 больного ЦСХР (39,4 %) определена хорошая резистентность организма. У 9 пациентов (8,6 %) зафиксирован сниженный, а у 54 пациентов (51,9 %) «низкий» и «очень низкий» уровни резистентности. То есть у большинства обследованных выявлены уровни резистентности, отражающие патологическое функционирование систем организма ($p = 0,048$).

При этом адаптационные состояния, формирующие блок здорового функционирования организма (ЗФО) выявлены у 17 пациентов (I группа), состояния, обуславливающие риск развития патологии (РРП) — у 26 больных (II группа). Адаптационные состояния, формирующие патологический ответ организма на внешние воздействия, распределились следующим образом: состояние сбалансированной (устойчивой) патологии (СПБ) выявлено у 27 пациентов (III группа), блок «острого стресса» (ОС) — у 19 пациентов (IV группа), блок «хронического стресса» (ХС) — у 15 пациентов (V груп-

па). Все указанные группы были сопоставимы по полу ($p = 0,426$), возрасту ($p = 0,056$), длительности заболевания ($p = 0,284$).

То есть у больных ЦСХР чаще встречались состояния «риска развития патологии» и «сбалансированной патологии» ($p = 0,049$). В первом случае функциональные системы организма работают в режиме повышенной активности, во втором — в режиме компенсации внутренней патологии или стабильного неблагоприятного влияния окружающей среды. Пациенты без нарушений в деятельности организма и пациенты в состояниях, формирующих блоки острого и хронического стресса (с состояниями «оптимального», «аврального» и «разбалансированного» режима работы систем соответственно), встречались сопоставимо реже (табл. 1).

Средние значения показателей лейкограммы периферической крови больных ЦСХР с различными адаптационными состояниями представлены в табл. 2.

Таблица 1

Частота адаптационных состояний среди больных ЦСХР, в %

Группы (блоки функционирования организма)					Статистическое различие, p
I (ЗФО)	II (РРП)	III (СПБ)	IV (ОС)	V (ХС)	
16,3	25,0	25,9	18,3	14,5	=0,046 ^{I и II, I и III} =0,449 ^{I и IV} =0,444 ^{I и V} =0,512 ^{II и III} =0,049 ^{II и IV, II и V, III и V} =0,326 ^{IV и V}

Таблица 2

Показатели лейкограммы больных ЦСХР

Показатели лейкограммы	Группы (блоки функционирования организма)					Статистич. различие, p
	I (ЗФО) $n = 17$	II (РРП) $n = 26$	III (СПБ) $n = 27$	IV (ОС) $n = 19$	V (ХС) $n = 15$	
Лейкоциты 10^9	4,9 [4;5,9]	5,9 [4,7;6,5]	6,0 [4,4;8,4]	7,9 [7,4;9,8]	4,8 [4,2;5,7]	< 0,01 ^{I и IV;} ^{II и IV; III и IV; I и V}
Палочко-ядерные нейтрофилы, %	3 [0; 4]	1,5 [0; 4]	1 [0; 4]	2 [0; 5]	1 [0; 2]	> 0,05
Базофилы, %	0 [0; 1]	0 [0; 1]	0 [0; 1]	0 [0; 1]	0 [0; 1]	> 0,05
Эозинофилы, %	2 [0; 8]	1 [1; 5]	1 [0; 5]	1 [0; 3]	1 [1; 6]	> 0,05
Сегменто-ядерные нейтрофилы, %	51 [40; 62]	57 [55; 58]	43 [33; 50]	67 [60; 70]	67 [65; 69]	< 0,01 ^{I и III;} ^{I и IV; I и V; II и III} ^{II и IV; II и V; III и IV; III и V}
Лимфоциты, %	37 [26; 40]	32 [28; 40]	47 [42; 53]	25 [21; 30]	23 [19; 29]	< 0,001 ^{I и III} ^{I и IV; I и V; II и III} ^{II и IV; II и V; III и IV; III и V}
Моноциты, %	6 [4; 9]	6 [3; 9]	5,5 [3; 9]	4 [2; 5]	6 [2; 10]	< 0,01 ^{I и IV; II и IV}
$K_{лс}$	0,73 [0,42;0,97]	0,58 [0,49;0,73]	1,03 [0,8;1,6]	0,4 [0,3;0,41]	0,34 [0,27;0,43]	< 0,001 ^{I и III} ^{I и IV; I и V; II и III} ^{II и IV; II и V; III и IV} ^{III и V}

В результате анализа распределения больных, имеющих сопутствующую патологию, между блоками функционирования установлено, что в III группе число пациентов, с недиагностированной соматической патологией, превышало количество таковых в группе II в 1,7 раза (73,9 против 43,4 % случаев) ($p = 0,042$). В то же время во II группе в сравнение с группой III в два раза чаще встречались пациенты с АГ — 17,39 и 8,69 % соответственно. По структуре сопутствующей патологии пациенты I, IV и V групп не отличались от пациентов II группы, но чаще страдали АГ в сравнении с пациентами группы III ($p = 0,049$). Максимальное число больных АГ выявлено в V группе — 33,4 %.

Все 4 пациента, связывающие начало заболевания с острым психоэмоциональным стрессом, относились к II группе. Четыре пациента IV группы и двое пациентов V группы связывали развитие болезни с перенесенным вирусным респираторным заболеванием. В одном случае в V группе развитию ЦСХР предшествовала ангина. Больные I и III группы факторов, способствующих развитию ЦСХР, не отмечали.

При исследовании исходных значений скорректированной остроты зрения отмечено, что они были минимальными у больных V группы — 0,5 [0,3; 0,8], максимальными у больных III группы — 0,8 [0,3; 1,0], при средних значениях этого показателя среди всех больных ЦСХР 0,6 [0,3; 1,0] (табл. 3).

Таблица 3

Состояние остроты зрения у больных ЦСХ до и после проведения курса медикаментозной терапии

Показатели	Группы (блоки функционирования организма)					Статистическое различие, p
	I (ЗФО) $n = 17$	II (РРП) $n = 26$	III (СПБ) $n = 27$	IV (ОС) $n = 19$	V (ХС) $n = 15$	
$Visus_{исх}$	0,7 [0,4; 1,0]	0,6 [0,3; 1,0]	0,8 [0,3; 1,0]	0,7 [0,1; 0,9]	0,5 [0,3; 0,8]	=0,036 ^{III и V}
$Visus_{вып}$	1,0 [0,7; 1,0]	1,0 [0,5; 1,0]	0,9 [0,5; 1,0]	0,9 [0,5; 1,0]	0,8 [0,5; 1,0]	=0,040 ^{I и V}
$Visus_{вып-исх}$	0,15 [0; 0,55]	0,2 [0; 0,5]	0,1 [0; 0,3]	0,2 [0,1; 0,3]	0,3 [0; 0,5]	=0,045 ^{III и V}

Таким образом, к началу заболевания более высокой остротой зрения, меньшим числом сопутствующих заболеваний, отсутствием факторов риска развития ЦСХР отличались пациенты III группы (блока СПБ), что позволяло предположить более благоприятное течение и прогноз заболевания у этой группы лиц.

После проведения курса неспецифической противовоспалительной и метаболической терапии острота зрения у больных ЦСХР повысилась в среднем на 0,2 [0; 0,5] и составила 0,9 [0,5; 1,0]. При этом ее повышение отмечено у 71 пациента (68,2 %), у 32 пациентов она осталась на прежнем уровне (30,9 %), у одного

больного снизилась (0,9 %). Среди лиц, у которых не отмечалось повышения остроты зрения в связи с торпидным течением болезни, большинство составили представители блоков РРП и СПБ — по 30,7 % больных. Минимальный природой остроты зрения определен у больных блока устойчивой патологии (группа III) — 0,1 [0; 0,3], несмотря на более благоприятную исходную позицию, предполагающую достаточно эффективную трату резервов организма и своевременное их пополнение. Наибольшее положительное изменение остроты зрения 0,3 [0; 0,5] зафиксировано у больных блока ХС (группа V), когда деятельность функциональных систем организма разбалансирована, а резервы истощены. Данный результат представляется недостаточным логичным, в связи с чем требует уточнения в дальнейшей работе.

Согласно результатам исследования, рецидивы ЦСХР возникли у 10,6 % пациентов в среднем через 1,3 года после впервые перенесенного заболевания. При анализе рецидивов заболевания установлено, что их развитие более характерно для лиц, у которых при первой атаке болезни выявлялись состояния блоков СПБ, РРП и ЗФО — в 17,4; 13 и 11,76 % случаев соответственно. Среди пациентов, первично лечившихся по поводу ЦСХР и имевших на тот момент состояния ОС или ХС, на протяжении последующих двух лет рецидивов заболевания отмечено не было.

На момент рецидива ЦСХР у больных в большинстве случаев также регистрировались состояния блоков СПБ — 45,4% случаев, реже состояний ЗФО — 27,4 % случаев и РРП — 27,2 % случаев.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, по лейкограмме периферической крови у больных ЦСХР в большем проценте случаев выявляется низкий уровень неспецифической резистентности организма, адаптационные состояния «устойчивой сбалансированной патологии» и «риска развития патологии». Вероятно, эти состояния являются потенциальными факторами неблагоприятного течения как первичной ЦСХР, так и рецидивов заболевания. Отсутствие состояний «острого» и «хронического» стресса среди больных с рецидивирующим течением болезни позволяет предположить, что их наличие снижает риск развития рецидивов ЦСХР.

ЛИТЕРАТУРА

1. Балашевич Л. И., Гацу М. В., Касимов Э. М. // Офтальмохирургия. — 2007. — № 2. — С. 63—67.
2. Гаркави Л. Х. Активационная терапия. Антистрессорные реакции активации и тренировки и их использование для оздоровления, профилактики и лечения. — Ростов н/Д, 2006. — 256 с.
3. Гаркави Л. Х., Толмачев Г. Н., Михайлов Н. Ю. // Вестник Южноуральского научного центра РАН. — 2007. — Т. 3, № 1. — С. 61—66.
4. Гаркави Л. Х., Уколова М. А., Квакина Е. В. // Открытия в СССР. — 1975. — № 3. — С. 56—61.

5. *Копанев В. А., Коваленко Л. Г.* / Материалы науч.-практической конференции. Актуальные вопросы социально-гигиенического мониторинга в Сибирском федеральном округе. — Новосибирск, 2005. — С. 15—19.

6. *Копанев В. А.* // Традиционная медицина. Восток и Запад. — 2004. — Т. 5, № 4. — С. 39—46.

7. *Копанев В. А., Коваленко Л. Г., Герасимов Е. А.* Использование лейкоцитарной формулы крови при оценке резистентности организма: Пособие для врачей. — Новосибирск, 1999. — 13 с.

8. *Копанев В. А., Коваленко Л. Г.* Относительные нормы при диагностике ранних признаков предпатологических состояний организма / Актуальные вопросы современной медицины. — Новосибирск, 2001. — С. 363—364.

9. *Шадричев Ф. Е.* // Современная оптометрия. — 2008. — № 7. — С. 24—30.

10. *Spahn D. K., Namperumalsamy P., Hilton G. F., et al.* // Br. J. Ophthalmol. — 2003. — Vol. 84. — P. 485—492.

Контактная информация

Козина Елена Владимировна — д. м. н., профессор, зав. кафедрой офтальмологии с курсом ПО Красноярского государственного медицинского университета им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого, e-mail: el.kozina@yandex.ru

УДК 616.36-002-002(471.45)

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ГЕМОКОНТАКТНЫХ ГЕПАТИТОВ В ВОЛГОГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ

Е. А. Беликова, Е. А. Иоанниди, В. К. Левшин, С. Ф. Попов

Кафедра инфекционных болезней с эпидемиологией и тропической медициной ВолгГМУ

В работе представлены данные исследования клинико-эпидемиологических особенностей вирусных гепатитов с парентеральным механизмом передачи в Волгоградской области. Выявлено преобладание хронического гепатита С над острым и всеми формами гепатита В. Оценены преобладающие генотипы вирусов, а также возрастные и половые особенности парентеральных гепатитов в нашем регионе.

Ключевые слова: парентеральные вирусные гепатиты, генотип вируса, вакцинопрофилактика.

EPIDEMIOLOGICAL PECULIARITIES OF PARENTERAL VIRAL HEPATITIS IN THE VOLGOGRAD REGION

E. A. Belikova, E. A. Ioannidi, V. K. Levshin, S. F. Popov

The paper presents a study of clinical and epidemiological features of viral hepatitis with parenteral transmission mechanism in the Volgograd region. Prevalence of chronic hepatitis C over acute hepatitis C and over all forms of hepatitis B virus was revealed. Prevailing viral genotypes are assessed, as well as the age and gender characteristics of parenteral hepatitis in our region.

Key words: parenteral hepatitis, genotype of virus, vaccination.

По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), вирусным гепатитом В ежегодно заболевает около 50 млн человек, а более 1/3 населения мира уже инфицирована [1, 5]. Носители HBV-инфекции в 12—30 раз чаще заболевают циррозом и первичным раком печени, чем остальное население [3]. Несмотря на снижение абсолютного числа вновь выявляемых случаев острых гепатитов В, эпидемиологическая ситуация на территории России по заболеваемости хроническими вирусными гепатитами В (ХГВ) продолжает оставаться сложной, в эпидемический процесс интенсивно вовлекаются подростки и люди молодого возраста, что отражается в продолжающемся росте показателя распространенности этих болезней среди населения. Медико-социальная актуальность проблемы вирусного гепатита В на сегодня такова, что вопросы профилактики и лечения включены в качестве одного из разделов в приоритетный национальный проект «Здоровье» [2].

По оценочным данным, общее число инфицированных вирусом гепатита С (ВГС) колеблется от 200 до 500 млн человек, что составляет около 3 % населения Земли [4]. Преобладание среди инфицированных лиц трудоспособного и детородного возраста, а также высокий риск хронизации заболевания, трансформации гепатита в первичный рак и цирроз печени, а следовательно высокой смертности и инвалидизации придают проблеме хронического гепатита С общенациональный характер.

ЦЕЛЬ РАБОТЫ

Изучить распространенность и многолетнюю заболеваемость парентеральными вирусными гепатитами в Волгоградской области, оценить генетическое разнообразие вируса гепатита С с целью оптимизации подходов к терапии, определить пути передачи и факторы риска хронизации парентеральных гепатитов.