

1. Александров О. В., Ежова И. С., Алехина Р. М. и др. Кардиол., 1981, 8, с. 95.
2. Лакин К. М., Балуда В. П. Актуальные вопросы гемостазиологии. М., 1981.
3. Люсов В. А., Савенков М. П. Тер. арх., 1988, 8, с. 55.
4. Макаревич А. Э. Автореферат дис. канд. Минск, 1983.
5. Струков А. И. Кардиол., 1975, 12, с. 5.
6. Лапотников В. А., Хараш Л. М. Лаб. дело, 1982, 7, 389.
7. Fasset M. Trombos a. Haemostas, 1983, 50, 610.
8. Wuk K., Naak J. C. Lancet, 1974, 2, 7886, 924.
9. Fannert C., Lux W. Acta Biol. et med. Germ., 1981, 40, 6, 739.

УДК 616.24—006.46

М. А. Мовсисян, М. А. Седгарян, С. А. Макарян, Д. Е. Арутюнян,
Е. М. Гарибян, Ш. В. Хачатрян, А. С. Асатрян

НЕКОТОРЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ПРОТИВООПУХОЛЕВЫХ ЗАЩИТНЫХ СИЛ ОРГАНИЗМА ПРИ РАКЕ ЛЕГКИХ

В настоящее время проблема рака легких интересует не только клиницистов-онкологов, но и ученых различных специальностей, в том числе и иммунологов. Иммунологическому надзору придается важная роль в сохранении гомеостаза организма. Установлено, что наличие опухолеспецифических антигенных детерминантов на поверхности раковых клеток делает возможным их распознавание и разрушение элементами иммунной системы [2]. В данной работе приводятся результаты исследований количества общих и активных Е-РОК, содержания высокоаффинных Е-РОК, показателя макрофагальной трансформации мононуклеаров (ПМТМ) и фагоцитарной активности нейтрофилов крови.

Исследования проводились у 32 больных раком легких (плоскоклеточный рак—22, аденокарцинома—7, мелкоклеточный—3) без осложнений и у 7—с выраженными перифокальными воспалительными процессами, проявляющимися температурной реакцией и лейкоцитозом. Учитывая тесную связь между воспалением, фагоцитозом и реактивностью организма, мы выделили этих больных в отдельную группу. В качестве контроля аналогичные показатели исследовались у 30 практически здоровых лиц-доноров.

Исследования показателей Е-РОК проводились по методу Jondal и соавт. [3]. Макрофагальные трансформации мононуклеаров крови изучались по методу М. А. Демченко и А. И. Джагиняна [1]. Фагоцитарная активность нейтрофилов крови исследовалась в отношении стафилококка (штамм 209 Р) и оценивалась на основании определения: а) % нейтрофилов, участвующих в фагоцитозе; б) среднего количества микробов, фагоцитированных одной клеткой; в) количества микробов, фагоцитированных нейтрофилами в 1 мл³ крови; г) завершеного фагоцитоза. Степень активности Т-лимфоцитов оценивалась как по количеству образованных розеток после кратковременной инкубации лимфоцитов с эритроцитами барана, так и по определению высокоаффинных Е-РОК. К последним отнесли Е-РОК с 8 и более эритроцитами.

В табл. 1 представлены статистически обработанные результаты исследования здоровых лиц (контрольная группа) и больных раком легких независимо от гистологического вида опухоли. Из приведенных данных видно, что по сравнению с контрольной группой исследуемые показатели иммунореактивности больных раком легких в той или иной степени снижены. У них отмечается статистически достоверное снижение процента общих Е-РОК. Однако индивидуальный разбор полученных результатов показал, что не у всех больных этот показатель снижается. В отдельных случаях он колеблется в пределах нормального уровня. Абсолютное количество общего Е-РОК в 1 мм^3 крови, как видно из приведенных в табл. 1 данных, статистически достоверно снижается только в группе больных, где опухолевому процессу не сопутствовал лейкоцитоз. В группе больных с лейкоцитозом абсолютное количество общих Е-РОК в 1 мм^3 крови было в пределах нормального уровня. Процент активных и высокоаффинных Е-РОК, который не приводится в таблице, статистически достоверно снижен. В группе здоровых лиц процент активных Е-РОК равен $28,0 \pm 3,0$, а больных раком легких — $17,0 \pm 2,0$, высокоаффинных Е-РОК — $18,0 \pm 1,0$ и $11,0 \pm 2,0$ соответственно.

Наиболее резкому снижению подвергается ПМТМ крови, даже в группе больных с выраженным перифокальным воспалением, у которых болезнь протекала с повышенной температурой и лейкоцитозом. Необходимо отметить, что ПМТМ снижался у всех исследуемых больных. Подавление макрофагальной трансформации мононуклеаров крови может играть определенную роль в механизме снижения противоопухолевой реактивности организма, поскольку макрофаги участвуют в индукции специфического ответа и осуществляют цитотоксическое действие на клетки, несущие на своей поверхности опухолевые маркеры. У больных раком легких по сравнению с контрольной группой фагоцитарная активность нейтрофилов по всем показателям статистически достоверно снижается. Но при индивидуальном разборе выявляется, что у отдельных больных снижения фагоцитарной активности нейтрофилов не наблюдается. Число таких больных не превышает 20% от общего количества исследуемых. Следует отметить, что зачастую у одного и того же индивидуума не все показатели фагоцитарной активности нейтрофилов снижены. У трех исследуемых больных мы наблюдали нарушения только в последней фазе фагоцитоза, т. е. его завершения, другие показатели данного теста были в пределах нормы.

В табл. 2 приводятся результаты исследований, полученные у больных с различными гистологическими видами рака легких. Из данных табл. 2 следует, что показатели реактивности в крови больных раком легких по сравнению с контрольной группой снижаются независимо от гистологической структуры опухоли. Статистически достоверного различия в степени снижения соответствующих сравниваемых показателей по различным гистологическим видам рака не наблюдается.

Таблица 1

Некоторые показатели иммунной и неспецифической резистентности организма больных раком легких и здоровых лиц

Исследуемые группы	Число больных	Общие Е-РОК		ПМТМ		Фагоцитарная активность нейтрофилов крови				
		%	абс. кол. в 1 мм ³ крови	%	абс. кол. в 1 мм ³ крови	Среднее колич. микробов, фагоцитир. одним нейтроф.	% нейтрофилов, участвующих в фагоцит.	Колич. нейтрофилов, участвующих в фагоцитозе, в 1 мм ³ крови	Колич. микробов, фагоцитир. нейтрофилами, в 1 мм ³ крови	% завершеного фагоцитоза
Доноры (контрольная)	30	58,5±3,3	981,0±150,0	48,6±0,6	1150,0±18,8	4,5±0,6	75,0±10,0	4400 ±80,0	19000±1000	70,0±5,0
Больн. раком легких без температурной реакции и без лейкоцитоза	32	37,3±1,6	551,0±45,0	22,7±0,5	508,0±43	1,9±0,7	51,0±7,9	2360,0±34	5424,0±720	40,0±10,0
Больн. раком легких с температурной реакцией и лейкоцит.	7	34,0±1,6	974,0±145,0	22,0±1,4	471,0±98	1,8±0,3	48,5±2,1	3220,0±250	5796,0±297	36,8±3,0

Таблица 2

Некоторые показатели иммунной и неспецифической резистентности организма больных раком легких в зависимости от его гистологического вида

Гистологический вид опухоли	Число больных	Общие Е-РОК	ПМТМ, %	Средн. число микробов, фагоцитированных одним нейтрофилом	% клеток, участвующих в фагоцит.	Колич. нейтрофилов, участвующих в фагоцитозе, в 1 мм ³ крови	% завершеного фагоцитоза
Плоскоклеточный рак	22	37,0±3,0	23,2±0,6	2,2±0,8	52,2±5,3	3258,0±82,0	40,9±9,0
Аденокарцинома	7	39,0±1,6	22,6±1,1	1,6±0,8	49,1±5,4	2328,0±63	37,8±7,0
Мелкоклеточный рак	3	33,0±0,7	23,1±0,5	1,9±1,5	50,3±4,1	3141,0±75	38,1±5,0

Таким образом, у больных раком легких независимо от гистологического вида опухоли подавляется неспецифическая и иммунная противоопухолевая резистентность организма.

ОНИЦ им. В. А. Фанарджяна
МЗ АрмССР

Поступила 4/VII 1989 г.

Մ. Ա. Մովսիսյան, Մ. Հ. Սեդգարյան, Ս. Ս. Մակարյան, Զ. Ն. Հարությունյան,
Հ. Մ. Ղարիբյան, Շ. Վ. Խաչատրյան, Ա. Ս. Ասատրյան

Թոքերի քաղցկեղի ժԱՄԱՆԱԿ ՕՐԳԱՆԻԶՄԻ ՀԱԿԱՌԻՈՒՅՑՔԱՅԻՆ ՊԱՇՏՊԱՆՈՒԹՅԱՆ
ՈՒԺԵՐԻ ՈՐՈՇ ԶՈՒՑԱՆԻՇՆԵՐԸ

Կատարված հետազոտությունների շնորհիվ պարզվել է, որ թոքերի քաղցկեղով տառապող հիվանդների (3-րդ—4-րդ կլինիկական փուլ) արյան ընդհանուր E-վարդակազոյացման բջիջների, T-լիմֆոցիտների քանակը և նրանց ակտիվ ձևերը պակասում են: Այդ հիվանդների մոտ ընկճվում են արյան մեկ կորիզավորների փոխակերպումը, մակրոֆագների և նեյտրոֆիլների ֆագոցիտային ակտիվությունը: Նշված փոփոխությունների աստիճանը կախված է ուռուցքի հյուսվածաբանական տեսակից:

M. A. Movsessian, M. H. Sedgarian, S. A. Makaryan, D. Ye. Haroutynian,
H. M. Gharibian, Sh. V. Khachatrian, A. S. Assatrian

Some Indices of Antitumoral Protective Abilities of the Organism at Pulmonary Cancer

In patients with pulmonary cancer of the III—IV stages the decrease of total E-RFG, active E-RFC quantities, content of affinous E-RFC, indices of macrofagal transformation of mononuclears and phagocytic activity of the blood neutrophils is found out. These changes do not depend on the histologic type of the tumor.

ЛИТЕРАТУРА

1. Демченко Т. А., Джагинян А. И. Иммунология, 1981, 4, с. 83.
2. Burnet F. M. Tumor Res., 1970, 13, 1.
3. Jondal M., Holm G., Wiggzell H. J. Exp. Med., 1972, 136, 207.

УДК 616.33—002.44:616.893

Г. А. Минасян

ВЛИЯНИЕ ЛИЧНОСТНЫХ ОСОБЕННОСТЕЙ И ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ НА КЛИНИЧЕСКУЮ И ЭНДОСКОПИЧЕСКУЮ РЕМИССИЮ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ.

Значение психоэмоционального стресса в патогенезе язвенной болезни общепризнано и бесспорно [3, 4, 5, 9]. Показано также, что для реализации ульцерогенного действия средового стресса необходимо наличие у индивидуума специфических преморбидных личностных особенностей и особого типа реагирования на фрустрацию [1, 6, 7, 8, 10, 11]. В то же время вопрос о влиянии психоэмоционального состояния и структуры личности на течение и прогноз язвенной