

Вестн. хирургии, 1987, 8, с. 3. 5. Симбирцев В. С. Микроэмболии легких. Л., 1986, с. 31. 6. Abod F. et al. Med. Clin. (Paris), 1984, 83, 10, 615. 7. Carileo J. et al. Arch. Surg., 1986, 121, 2, 196. 8. Norton L. Amer. J. Surg., 1935, 49, 3, 347. 9. Schuster H. Langenkecs Arch. Chir., 1935, 3, 6, 397.

УДК 616.2—002

А. Л. Франгулян, Л. Е. Поспелов, Н. В. Куликовская, Л. Л. Литвинова

ИММУНОЛОГИЧЕСКАЯ И НЕСПЕЦИФИЧЕСКАЯ РЕАКТИВНОСТЬ У БОЛЬНЫХ С ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ

Гнойно-воспалительные заболевания самой различной локализации в значительном числе случаев сопровождаются нарушениями иммунитета и неспецифической реактивности [1, 4]. Более того, основной причиной возникновения и прогрессирования гнойной инфекции часто являются нарушения иммунитета, на фоне которых «активируется» условно-патогенная микрофлора организма [2]. Нагноения легких и плевры не являются в этом отношении каким-либо исключением. Вместе с тем в литературе отсутствуют работы, в которых были бы исследованы на одном и том же клиническом материале разные звенья неспецифической и иммунологической реактивности при данной патологии.

В настоящей работе приводятся результаты обследования 53 больных, из коих у 23 был диагностирован острый гнойный абсцесс, у 30—острая эмпиема плевры. Все больные получали комплексное лечение, которое включало общеукрепляющую, антибиотикотерапию, а также дезинтоксикационное лечение. Больным с абсцессом легкого производили лечебную бронхоскопию с санацией полости абсцесса, больным с эмпиемой—трансторакальное дренирование с постоянной аспирацией плевральной полости. Контрольную группу составили 20 здоровых доноров. Больные основной и контрольной групп сопоставлялись по возрастному-половому составу. Обследование проводили при поступлении в стационар, а также через неделю и месяц.

При изучении иммунологической и неспецифической реактивности определяли число Т-лимфоцитов методом спонтанного розеткообразования с эритроцитами барака (Е-РОК), число В-лимфоцитов—методом спонтанного розеткообразования с эритроцитами мыши (В-РОК), функцию Т-лимфоцитов—по реакции бласттрансформации на ФГА (РБТ), функцию В-лимфоцитов—по спектру иммуноглобулинов (G, M, A), сыворотки—методом радиальной иммунодиффузии, функцию нейтрофилов—по спонтанному восстановлению нитросинего тетразолия (НСТ), определяли также «ключевой» компонент системы комплемента—С3 (методом радиальной иммунодиффузии). Все детали иммунологических тестов описаны в методических рекомендациях М. М. Авербаха и соавт. [1].

Как видно из табл. 1, у всех групп обследованных в период поступления в стационар (в острой фазе заболевания) имело место уменьшение числа Т-лимфоцитов и их фракции (оцениваемой по реакции на ФГА). Число В-лимфоцитов было также снижено, как и уровень IgG. Показатель НСТ-теста в этот период был снижен, как и содержание в сыворотке СЗ компонента комплемента.

Показатели иммунологической и неспецифической реактивности ($M \pm m$) у больных с гнойно-воспалительной патологией легких и плевры

Показатели	а) 1-е иссл.	б) 2-е иссл.	в) 3-е иссл.	г) здоровые лица
1. Е-РОК, %	40,6 \pm 1,21	50,2 \pm 1,17	54,1 \pm 1,04	59,4 \pm 1,02
2. В-РОК, %	12,6 \pm 0,17	14,2 \pm 0,16	14,9 \pm 0,19	16,5 \pm 0,21
3. РБТ на ФГА, %	56,2 \pm 1,24	60,1 \pm 1,17	66,3 \pm 1,29	71,5 \pm 1,25
4. IgG, г/л	11,5 \pm 0,20	12,6 \pm 0,25	12,5 \pm 0,21	13,4 \pm 0,24
5. IgA, г/л	2,06 \pm 0,03	2,2 \pm 0,01	2,0 \pm 0,03	2,37 \pm 0,05
6. IgM, г/л	1,45 \pm 0,02	1,49 \pm 0,03	1,44 \pm 0,02	1,59 \pm 0,03
7. НСТ, %	7,2 \pm 0,11	8,2 \pm 0,13	9,2 \pm 0,13	9,4 \pm 0,16
8. СЗ, г/л	0,53 \pm 0,03	0,69 \pm 0,02	0,83 \pm 0,02	0,92 \pm 0,03

Разница статистически достоверна ($P < 0,05$) при сравнении показателей следующих групп: 1а и 1б, 1а и 1в, 1а и 1г, 1б и 1г; 2а и 2г; 3а и 3в, 3а и 3г, 3б и 3г; 4а и 4г; 7а и 7б, 7а и 7в, 7а и 7г; 8а и 8б, 8а и 8в, 8а и 8г, 8б и 8в, 8в и 8г.

Через неделю после начала лечения отмечалась тенденция к увеличению числа Т- и В-лимфоцитов и их функциональной активности, оцениваемой по реакции на ФГА и уровню иммуноглобулинов сыворотки (соответственно). Отмечалось также увеличение активности нейтрофилов (по НСТ-тесту) и уровня СЗ компонента комплемента.

Следует отметить, что в этот период имели место различия в состоянии иммунологической и неспецифической реактивности у больных с эффективным и менее эффективным лечением (с замедленной регрессией гнойно-воспалительных изменений и переходом заболевания в хронические формы—11 чел.). У больных с недостаточно эффективным лечением, как правило, изменения иммунологической и неспецифической реактивности сохранялись. В группе больных с эффективным лечением отсутствие такой тенденции к нормализации иммунологической реактивности имело место лишь в единичных случаях.

Через месяц у большинства больных показатели иммунологической и неспецифической реактивности приближались к таковым у здоровых лиц. Однако эта тенденция была значительно менее выражена у больных с недостаточно эффективным лечением.

Таким образом, при гнойно-воспалительной патологии легких и плевры имеют место существенные нарушения иммунитета и неспецифической реактивности. В первую очередь страдает Т-система иммунитета, что вполне понятно, так как именно компоненты этой системы наиболее «лабильно» реагируют на воздействие инфекционных агентов [3, 4]. Депрессия В-системы является менее существенной. Наряду с этим имеют место также нарушения и в двух наиболее важных системах неспецифической резистентности (фагоциты

и система комплемента). Имеет место подавление функции нейтрофилов, что отражается на их способности к восстановлению НСТ (этот тест отражает способность нейтрофилов к захвату частиц). Также происходит снижение уровня СЗ, что может быть обусловлено его связыванием в иммунные комплексы. Эти нарушения отмечаются не у всех больных, что связано с разной степенью активности воспалительного процесса, антигенемии и интоксикации.

В процессе лечения у тех лиц, у которых оно оказалось эффективным, происходит нормализация иммунологической и неспецифической реактивности. Причем эта тенденция имеет место уже в самые ранние сроки лечения. В случае же недостаточной эффективности лечения изменения иммунологической и неспецифической реактивности сохраняются, а у некоторых больных даже усугубляются. Это является основанием, во-первых, для более углубленного изучения тех звеньев иммунитета и неспецифической реактивности, в которых имеются наиболее выраженные нарушения, а, во-вторых, для назначения иммунокорректирующих средств.

Кафедра хирургии ЦОЛИУВ,
Центральный НИИ туберкулеза МЗ СССР

Поступила 8/XII 1990 г.

Հ. Լ. Ֆրանգուլյան, Լ. Ե. Պասպելով, Ն. Վ. Կուլիկովսկայա, Լ. Լ. Լիտվինովա

ՇԵՂԱԿԱՆ ՕՐԳԱՆՆԵՐԻ ԹԱՐԱԽԱ-ԲՈՐԲՈՔԱՅԻՆ ՀԻՎԱՆՂՈՒԹՅԱՄԲ ՏԱՌԱՊՈՂ ՀԻՎԱՆՂՆԵՐԻ ԻՄՈՆՈԼՈԳԻԱԿԱՆ ԵՎ ՈՉ ՅՈՒՐԱՀԱՏՈՒԿ ՄԵԱԿՏԻՎԱԿԱՆՈՒԹՅՈՒՆԸ

Թոքերի և պլևրայի թարախա-բորբոքային հիվանդությամբ տառապող 53 հիվանդների և 20 առողջ անձանց մոտ ուսումնասիրվել են T (T լիմֆոցիտների քանակը և նրանց ռեակցիան ՓԴԱ նկատմամբ) և B (B լիմֆոցիտների քանակը և իմունոգլոբուլինների սպեկտրը), C3 կոմպլիմենտի բաղադրիչի մակարդակը: Պարզվել է, որ թոքերի և պլևրայի թարախա-բորբոքային հիվանդությամբ տառապող հիվանդների մոտ նկատվել է իմունոլոգիական հակաազդայնականության խախտում՝ T բջջային և քիչ ղեպքերում B բջջային իմունիտետը: Նույն հիվանդների մոտ իջած է նեյտրոֆիլների ֆունկցիոնալ ակտիվությունը և C3 կոմպլիմենտի բաղադրիչի մակարդակը: Արդյունավետ բուժումը նպաստում է իմունոլոգիական և ոչ յուրահատուկ հակաազդայնականության կանոնավորմանը:

A. L. Frangulian, L. Ye. Paspelov, N. V. Koulikovskaya, L. L. Litv nova

Immunologic and Nonspecific Reactivity of the Organism of Patients with Pyo-Inflammatory Diseases of the Breathing Organs

It is established that in patients with pyo-inflammatory pathologies of the lungs and pleura there are observed disorders of immunologic reactivity of T-cellular and, in lesser degree, B-cellular immunity. The functional activity of neutrophils and level of SZ components of complement in these patients are lowered.

1. Авербах М. М., Чернушенко Е. Ф., Литвинов В. И. и др. Методические рекомендации по применению иммунологических методов при туберкулезе. М., 1984.
 2. Белоцкий С. М., Снастина Т. И. Иммунология, 1985, 2, с. 14. 3. Покровский В. И., Авербах М. М., Литвинов В. И., Рубцов И. В. Приобретенный иммунитет и инфекционный процесс. М., 1979. 4. Dick G. Immunological aspects of infectious diseases. MTP Press Limited, N Y., 1979.

УДК 616.24—006.6

Р. И. Вагнер, В. С. Барсегян

ОЦЕНКА ВЕЛИЧИНЫ ОПУХОЛИ ПРИ РАКЕ ЛЕГКОГО
И ЕЕ ПРОГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ

В последние десятилетия рак легкого стал наиболее распространенной формой злокачественных опухолей. Статистический анализ имеющихся данных, проведенный ВОЗ в 1985 г., показал, что рак легкого является ведущей причиной смерти среди всех злокачественных новообразований. Именно этот вид злокачественных опухолей обусловил 85% общего увеличения числа случаев смерти среди мужчин. Следует также отметить, что самое большое реальное возрастание смертности и среди женщин произошло в последнее время за счет роста смертности от рака легких (35%). Приведенные данные позволяют считать, что вопросы диагностики и лечения опухолей этой локализации остаются одной из наиболее важных и сложных проблем клинической онкологии.

Целью нашего исследования является выявление влияния величины первичной опухоли на отдаленные результаты лечения больных раком легкого.

Представлен анализ клинических наблюдений 1409 больных с гистологически верифицированным диагнозом рака легкого, находившихся на обследовании и лечении в отделении опухолей легких и органов средостения НИИ онкологии им. проф. Н. Н. Петрова Минздрава СССР в период с 1970 по 1985 гг. Всем больным было выполнено оперативное лечение.

В 344 (24,4%) случаях в сочетании с хирургическим вмешательством проводилась химио- или лучевая терапия. С целью уточнения величины опухоли были изучены препараты резецированных легких. В качестве критерия оценки исхода заболевания был принят показатель трех- и пятилетней наблюдаемой выживаемости как период времени, широко используемый в клинической онкологии и наиболее приемлемый для выполнения корректного клинико-статистического анализа.

Среди больных было 195 (13,9%) женщин и 1214 (86,1%) мужчин (соотношение 1-6). Возраст больных варьировал в широких возрастных пределах с преимущественным поражением в интервале 50—70 лет (76,7%).