

ЛИТЕРАТУРА

1. Зиновьев А. Г. Интенсивная терапия больных острыми пневмониями: Автореф. дис. ... канд. мед. наук.— М., 1990.— 25 с.
2. Иванникова Е. А. Клинико-лабораторные особенности острых пневмоний и прогнозирование перехода к затяжному течению на ранних этапах заболевания: Автореф. дис. ... канд. мед. наук.— Барнаул, 1991.— 17 с.
3. Комар С. И. // Факторы клеточного и гуморального иммунитета при различных физиологических и патологических состояниях: Тез. докл. к IX межинститутской науч. конф.— Челябинск, 1988.— С. 62.
4. Куколь Л. В. Раннее клинико-математическое прогнозирование исходов острой пневмонии: Автореф. дис. ... канд. мед. наук.— Владивосток, 1989.— 19 с.
5. Марчук Г. И., Бербенцова Э. П. Острые пневмонии. Иммунология, оценка тяжести, клиника, лечение.— М., 1989.— 304 с.
6. Расовский Б. Л. Сравнительная иммуногенетическая характеристика больных диффузным токсическим зобом и аутоиммунным тиреоидитом и ее клинико-патогенетическое значение: Автореф. дис. ... канд. мед. наук.— Л., 1991.— 21 с.
7. Шабалин В. Н., Серова Л. Д. Клиническая иммуногематология.— Л., 1988.— 312 с.

Особенности иммунного статуса у больных пневмонией в пожилом и старческом возрасте

Н. М. Семянникова, Н. И. Кустова
Уральский медицинский институт
г. Екатеринбург

Важную роль в развитии пневмонии, характере течения, прогнозе играет иммунный фон. Как правило, недостаточность иммунной системы предопределяется многими факторами, влияющими на иммунитет и приводящими к активизации возбудителей пневмонии, которые нередко являются условно-патогенными [1, 7]. Изменения, естественно развивающиеся в организме в процессе его старения (снижение интенсивности газообмена и вентиляции, ослабление иммунной защиты, а также присущая пожилому возрасту колонизация верхних дыхательных путей грамотрицательными бактериями), являются основными факторами риска развития пневмонии [2, 4, 5, 6].

С целью выделения особенностей иммунного статуса у больных с пневмониями в пожилом и старческом возрасте в сравнении с больными более молодого возраста

мы обследовали 49 больных в возрасте 60 лет и старше и 217 больных моложе 60 лет.

Иммунный статус больных изучали в динамике лечения по общепринятым методикам. Проводили определение в крови относительного и абсолютного содержания Т-лимфоцитов, В-лимфоцитов. О количестве Т-хелперов и Т-супрессоров в крови судили косвенно по содержанию теофиллинрезистентных (Т-хелперы — ТФР) и теофиллинчувствительных (Т-супрессоры — ТФЧ) лимфоцитов. Для изучения функционального состояния Т-лимфоцитов ставилась реакция торможения миграции лейкоцитов (РТМЛ) с фитогемагглютинином (ФГА) с определением индекса торможения миграции лейкоцитов (ИТМЛ). По уровню сывороточных иммуноглобулинов А, М и G судили о функциональных возможностях В-лимфоцитов. При оценке фагоцитарной активности нейтрофилов определяли фагоцитарный индекс (ФИ), фагоцитарное число (ФЧ). Активность комплемента сыворотки крови определяли по 50 % гемолизу (СН50). Контрольную группу иммунологического исследования составили 57 здоровых людей в возрасте от 16 до 65 лет.

У больных пожилого и старческого возраста (П и СВ) в сравнении с больными молодого и зрелого возраста (М и ЗВ) (табл.) отмечалось стойкое в течение всего периода заболевания снижение показателей клеточного иммунитета: абсолютного содержания Т-лимфоцитов, ТФЧ-клеток и ИТМЛ на ФГА ($p < 0,05$). Восстановление всех показателей клеточного иммунитета у больных более молодого возраста наблюдалось, как правило, уже к концу 2-й недели заболевания.

Гуморальный иммунитет у больных старше 60 лет характеризовался длительной дисиммуноглобулинемией за счет повышения содержания иммуноглобулинов А и М ($p < 0,05$), тогда как у больных группы сравнения сохранялась повышенная концентрация только иммуноглобулина А ($p < 0,05$), а повышения уровня иммуноглобулина М не отмечалось в течение всего заболевания.

У больных П и СВ показатели комплементарной активности сыворотки крови и фагоцитоз были снижены в большей степени, чем у лиц молодого возраста. Снижение показателей неспецифической противoinфекционной резистентности в обеих сравниваемых группах сохранялось и к моменту выписки больных из стационара.

Для интегральной оценки индивидуальных типов им-

мунного статуса наше внимание привлекла методика Р. В. Петрова и И. В. Орадовской [3] по выявлению их с помощью общедоступных иммунологических тестов: определения количества Т- и В-лимфоцитов в крови и концентрации иммуноглобулинов основных классов в сыворотке крови.

У больных П и СВ чаще (18,6 %), чем у больных М и ЗВ (11,4 %), выявлялся супрессивный тип иммунного статуса со значениями всех показателей ниже контрольных и реже равномерно активированный тип (соответственно 2 % и 6,5 %). Еще у 24,2 % больных пожилого и у 11,2 % больных молодого возраста диагностирован изолированный дефицит Т-клеток при наличии нормальных показателей или некоторой активации гуморального иммунитета. В то же время у больных М и ЗВ значительно чаще пневмония сопровождалась нормоиммунограммой (37,8 %) или повышенном показателях гуморального иммунитета (28,5 %) при сравнении с больными пожилого возраста (соответственно 30,6 % и 20,5 %). Тип иммунного статуса с супрессией В-клеточного звена встречался одинаково редко в обеих возрастных группах (в 4,1 % — у больных пожилого и в 4,6 % — у больных М и ЗВ).

Мы обнаружили определенные корреляции между тяжестью течения острых пневмоний и типами иммунного статуса: наиболее часто тяжелые и крайне тяжелые формы пневмонии имели место у больных с супрессией либо обоих звеньев иммунитета, либо только Т-звена, что обычно сочеталось с угнетением фагоцитоза и комплементарной активности сыворотки крови. Напротив, у больных с нормальной иммунограммой или с признаками активации гуморального иммунитета преобладали легкие и среднетяжелые формы заболевания. У больных П и СВ угнетение иммунитета было более значительно выражено и сохранялось в течение длительного времени, что имело и клиническое подтверждение, так как более чем в 50 % наблюдений (55,1 %) течение заболевания было тяжелым или крайне тяжелым, тогда как у больных более молодого возраста — в 32,3 %. Затяжное течение пневмонии наблюдалось у 36,7 % больных пожилого и у 25,8 % — М и ЗВ, осложнения заболевания в виде экссудативного плеврита или абсцедирования — соответственно в 14,3 % и 9,2 %.

Полученные данные указывают на значительное сни-

жение показателей клеточного и гуморального иммунитета, неспецифической противонфекционной резистентно-

Т а б л и ц а

Динамика иммунологических показателей у больных пневмонией в зависимости от возраста

Иммунологический показатель	Контрольная группа (n=57)	Возраст	
		пожилой и старческий (n=49)	молодой и зрелый (n=217)
Т-лимфоциты, $\times 10^9/\text{л}$	0,85 \pm 0,04	0,72 \pm 0,05*	0,70 \pm 0,03*
		0,72 \pm 0,05 ^{••}	0,85 \pm 0,04 ^{••}
В-лимфоциты, $\times 10^9/\text{л}$	0,16 \pm 0,01	0,14 \pm 0,02	0,13 \pm 0,01
		0,13 \pm 0,01	0,15 \pm 0,01
ТФР-клетки, $\times 10^9/\text{л}$	0,59 \pm 0,03	0,57 \pm 0,04	0,53 \pm 0,02
		0,53 \pm 0,04	0,60 \pm 0,03
ТФЧ-клетки, $\times 10^9/\text{л}$	0,25 \pm 0,02	0,17 \pm 0,03*	0,21 \pm 0,02
		0,18 \pm 0,03 ^{••}	0,26 \pm 0,02 ^{••}
ИТМЛ, %	90,47 \pm 1,47	84,22 \pm 1,75*	87,02 \pm 0,75
		86,74 \pm 1,83*	87,97 \pm 0,85
Иммуноглобулины, г/л:	13,66 \pm 0,61	16,65 \pm 1,01*	15,71 \pm 0,48*
		15,85 \pm 0,98	15,37 \pm 0,45
IgG	1,92 \pm 0,10	3,81 \pm 0,30*	3,23 \pm 0,14*
		3,56 \pm 0,39*	3,00 \pm 0,15*
IgA	1,38 \pm 0,07	1,93 \pm 0,21*	1,64 \pm 0,09
		2,06 \pm 0,19 ^{••}	1,64 \pm 0,08 ^{••}
IgM	61,88 \pm 0,85	48,01 \pm 1,35 ^{••}	52,18 \pm 0,71 ^{••}
		51,30 \pm 1,22*	54,19 \pm 0,81*
ФИ, %	7,54 \pm 0,12	5,20 \pm 0,26 ^{••}	5,75 \pm 0,10 ^{••}
		5,71 \pm 0,43 ^{••}	6,15 \pm 0,08 ^{••}
ФЧ, ед.	52,27 \pm 0,72	42,76 \pm 1,62 ^{••}	43,68 \pm 0,62*
		43,57 \pm 1,56*	44,05 \pm 0,51*

Примечание. В числителе — иммунологические показатели до лечения, в знаменателе — после лечения; * — достоверность различий с показателями контрольной группы ($p < 0,05$); ** — между показателями в сравниваемых группах больных ($p < 0,05$).

сти у больных пневмонией в П и СВ, что определяет тяжесть заболевания, его течение и исходы. Определение

степени выраженности иммунологических нарушений при пневмониях может быть прогностическим критерием, а также способом выбора тактики иммунорегулирующей терапии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Вишнякова Л. А., Путов Н. В. // Тер. архив.— 1990.— № 3.— С. 15—18.
2. Ноников В. Е., Зубков М. Н., Гургенидзе Е. Н. // Пульмонология.— 1991.— № 1.— С. 15—19.
3. Петров Р. В., Орадовская И. В. // Тез. докл. Всесоюзной конф. «Экологические аспекты иммунопатологических состояний» и пленума Всесоюзной проблемной комиссии «Эпидемиология иммунодефицитов и оценка иммунного статуса».— Алма-Ата, 1990.— Т. 1.— С. 1—2.
4. Сильвестров В. П., Федотов П. И. Пневмония.— М., 1987.— 248 с.
5. Шуба Н. М. // V Всесоюзный съезд геронтологов и геронтологов: Тез. и реф. докл.— Киев, 1988.— Ч. 2.— С. 738—748.
6. Caruther D. D. // Amer. J. Nurs.— 1990.— Vol. 90, N 2.— P. 56—60.
7. Hryniewicz W. // Pneumol. pol.— 1987.— Vol. 55, N 7—8.— P. 288—293.

Лечение заболеваний желудка как фактор профилактики рецидивов полипообразования и развития колоректального рака у больных после удаления полипов прямой кишки

Б. С. Троицкий
Уральский медицинский институт
г. Екатеринбург

Возникновение рецидивов и развитие рака толстой кишки (ТК) остаются основными проблемами в лечении больных с колоректальными полипами — 27 % и 3 % соответственно [5, 6, 9, 10]. Несмотря на постоянное совершенствование методик полипэктомии (лазерная коагуляция, электроэксцизия, криодеструкция и др.), системы динамического диспансерного наблюдения за больными после операции, способов раннего выявления рецидивов заболевания, их процент остается достаточно высоким [7]. Возможно, что ключ к решению проблемы — это применение комплексного подхода к лечению