

ски как пролимфоциты и иммунобласты. В процессе дедифференцировки лимфоциты активизировались, о чём свидетельствовало накопление РНК в цитоплазме, проявляющееся в её яркой пиронинофильной окраске. Об активации лимфоцитов указывали также особенности иммунофенотипа ЛАК в виде повышенной экспрессии активационных антигенов и молекул адгезии. ЛАК обладали достоверно более высокой киллерной активностью по отношению к опухолевым клеткам. Максимальное количество ЛАК генерировалось на 3–5 сутки, и высокая киллерная и пролиферативная активность сохранялась в течение 10 суток.

Полученные результаты подтверждают целесообразность использования ЛАК, полученных на 3–5 сутки инкубации для адоптивной иммунотерапии злокачественных новообразований, поскольку именно в эти сроки ЛАК обладают наиболее высоким уровнем пролиферативной и цитотоксической активности.

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ ПРЕДИКТОРЫ РАЗВИТИЯ НЕ СПЕЦИФИЧЕСКИХ ПЛЕВРИТОВ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С ОСТРОЙ ПНЕВМОНИЕЙ МУЗ

Левина Н.Ю., Осин А.Я.

*Детская городская клиническая больница (ДГКБ),
ГОУ ВПО «Владивостокский государственный медицинский университет (ВГМУ) Минздрава РФ»,
Владивосток*

В настоящее время большое внимание педиатров, пульмонологов и других специалистов уделяется изучению осложненных форм острой пневмонии у детей и подростков. К числу тяжелых осложнений острой пневмонии относится неспецифический плеврит, который развивается уже с первых дней заболевания (синпневмонический плеврит) или возникает на второй неделе его течения (метапневмонический плеврит). Причины возникновения этого осложнения и механизмы его патогенеза до сих пор остаются недостаточно изученными. В связи с этим появилась необходимость в исследовании факторов предрасполагающих и обуславливающих (предикторов) развития неспецифического плеврита у пациентов с острой пневмонией.

Цель настоящего исследования заключалась в изучении роли предикторов в развитии неспецифического плеврита у больных острой пневмонией детей и подростков и в оценке возможностей использования их для прогнозирования осложненного течения заболевания.

Для достижения поставленной цели нами были проведены комплексные исследования у 100 больных детей (в возрасте от 1 месяца до 15 лет) и подростков (в возрасте от 15 до 18 лет) с острой пневмонией, осложненной неспецифическим плевритом (основная группа) и у 100 детей и подростков того же возраста, больных не осложненной пневмонией (контрольная группа). Диагностика легочно-плевральных заболеваний осуществлялась по общепринятым анамнестическим, клиническим, рентгенологическим, лабораторным критериям в соответствии с современной классификацией бронхолегочных заболеваний (Москва,

1996) и Международной статистической классификацией болезней X-го пересмотра (МКБ-X).

У пациентов было изучено по 110 медико-социальных факторов. Необходимую информацию получали путем выкопировывания данных из официальной медицинской документации каждого больного с последующей регистрацией этих данных в специально разработанных картах научного исследования. Анализ полученных результатов проводился по методу детерминированного исследования с подсчетом частоты признаков в основной (P1) и контрольной (P2) группах и вычислением коэффициентов относительного и атрибутивного риска (ОР, АР) каждого изучаемого признака в соответствии с рекомендациями ВОЗ (Женева, 1984). В результате проведенных исследований из общего числа медико-социальных параметров было отобрано 30 признаков, отличающихся наиболее высокой информативностью. К их числу относились показатели генеалогического, биологического (по периодам онтогенеза), социального, аллергологического и эпидемиологического анамнезов, развития и течения заболевания. Значения ОР существенно отличались от величин АР. Коэффициенты АР, рассчитанные с учетом абсолютного числа обследованных отличались наиболее высокой точностью и достоверностью.

В связи с этим коэффициенты АР были положены в основу разработанной шкалы риска развития неспецифического плеврита у пациентов острой пневмонией. В зависимости от величины коэффициентов АР было выделено 3 степени риска: 1-я степень (низкого риска), 2-я степень (среднего риска) и 3-я степень (высокого риска). При этом вероятность риска и величина АР возрастала от 1-1 к 3-1 степени. В соответствии с преобладанием показателей той или иной степени риска представилось возможным выделить группы риска больных: группа низкого риска, группа среднего и группа высокого риска по развитию неспецифического плеврита. Факторы риска 3-1 степени являются наиболее значимыми и могут использоваться в качестве основных прогностических критериев (основные предикторы). Факторы риска 2-1 степени могут служить дополнительными прогностическими критериями (дополнительные предикторы). Факторы риска 1-1 степени могут использоваться лишь в качестве второстепенных прогностических признаков (второстепенные предикторы).

Следовательно, полученные данные с различной степенью точности дают возможность прогнозировать развитие плеврита у больных острой пневмонией детей и подростков. Профилактика этого осложнения должна складываться из ряда медико-социальных мероприятий, организуемых и проводимых на этапах онтогенеза детей, развития и течения острой пневмонии.