

шения оказывается в окружающем клетку пространстве. Нарастание содержания R-белков в начале патологического процесса служит наиболее ранней манифестацией проявления воспаления, не зависящего от причины, вызывающей данное заболевание. Объясняется это структурной организацией и биохимическими свойствами фрагментов клеточных рецепторов, несущих лиганд-связывающие центры, выражающиеся в сходстве их антигенных характеристик. Это послужило основанием для объединения их в одно семейство регуляторных (R) белков (Кульберг, 1996). Принадлежность R-белков к универсальным эндотоксинам определяется не только способностью конкурировать за лиганды с клетками, но и проявлением супероксидазной активности, приводящей к снижению в биологических жидкостях активного кислорода и тем самым опосредовано повышению вязкости клеточных мембран. Накапливаясь в плазме крови больных, R-белки подавляют фагоцитарную активность макрофагов. При различных патологических процессах содержание R-белков в циркулирующей крови возрастает. У больных в острую фазу титр R-белков возрастает: при бронхите от 27 до 82 тыс., пневмонии от 64 до 128 тыс., инфекционно-аллергической бронхиальной астме от 38 до 88 тыс. Можно предположить, что он отражает начальные этапы системной эндотоксикации, которая становится биохимическим феноменом, формирующим ответную реакцию организма на инфекцию. Будучи эндогенными токсинами и распространяясь в окружающий патологический фокус неповрежденных тканей, R-белки вызывают их дезорганизацию и нарушение жизнедеятельности составляющих их клеток. Таким образом, R-белки приводят к расширению патологического фокуса, распространяясь с током крови, вызывают сдвиги биологического равновесия на организменном уровне и отражают состояние гомеостаза. Этот показатель характеризует прогноз течения заболевания и эффективность лечебных мероприятий (Молина, 1998).

Изменение титра R-белков в сыворотке крови зависит от тяжести и распространенности воспалительного процесса, а также от состояния иммунитета. Так, при инфекционно-аллергической бронхиальной астме зарегистрирован значительный разброс величины титра R-белков: у 4% обследованных он находился в пределах нормы, что составило 4700; у 40% обследованных величина титра была в 5 раз выше нормы, а у 51% - превышала титр нормы в 12 раз. Высокие показатели титра R-белков (выше 64 тыс.) свидетельствуют о генерализации патологического процесса при бронхолегочных заболеваниях, выходе из-под контроля защитных и детоксикационных систем организма. Даже после интенсивной терапии у больных с высоким титром R-белков данный показатель был в 2-3 раза выше контроля, что свидетельствует о наличии очага воспаления и предрасположенности к хронизации бронхолегочных заболеваний.

### ЦИТОИММУНОХИМИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЛЕЙКОЦИТАРНЫХ ИНФИЛЬТРАТОВ РАЗЛИЧНЫХ УЧАСТКОВ ПЕЧЕНИ БОЛЬНЫХ С МЕТАСТАТИЧЕСКИМ ОПУХОЛЕВЫМ ПРОЦЕССОМ И ГЕПАТИТОМ В

Киселевский<sup>1</sup> М.В., Лебединская<sup>2</sup> О.В.,  
Патлусова<sup>2</sup> Е.С., Лебединская<sup>2</sup> Е.А.,  
Доненко<sup>1</sup> Ф.В., Болотова<sup>2</sup> Е.И., Буранова<sup>2</sup> Т.Ю.,  
Гармашова<sup>2</sup> Е.А., Гусманова<sup>2</sup> П.С., Пепеляева<sup>2</sup> Е.А.,  
Шехмаматьев<sup>2</sup> Р.М., Мелехин<sup>2</sup> С.В.  
<sup>1</sup>ГУ РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН, Москва,  
<sup>2</sup>ГОУ ВПО ПГМА им. ак. Е.А.Вагнера Росздрава,  
Пермь

Печень является одним из основных органов для метастазирования в неё опухолевых клеток при различных онкологических заболеваниях.

Цель работы - выявить цитоиммунохимические особенности клеток лейкоцитарных инфильтратов, локализованных в различных участках печени онкологических больных при одновременном метастазировании в неё клеток опухоли и гепатите В.

Исследовались метастатические и параметастатические участки печени, взятые после её резекции у 18 больных в возрасте от 15 до 69 лет. Материал фиксировали и заливали в парафин. Иммуноцитохимический анализ парафиновых срезов поражённой опухолевым процессом и гепатитом В печени проводили с использованием стрептавидин-биотинового комплекса (Novacastra, Германия) по методике производителя.

Проведенные исследования показали следующее. На срезах из участков метастазов по краям формирующейся железистой ткани наблюдается положительная реакция на  $\alpha$ -фетопротеин. Слабо положительная реакция на CD3 определяется на ядерной оболочке лимфоцитов, формирующих инфильтраты по краю опухоли. Маркёры ОЛА-LCA-DAKO (клоны 2B11 и PD7126) к общему лейкоцитарному антигену дают избирательно положительную реакцию на лимфоцитах опухолевых инфильтратов в ядрах и в большей степени в цитоплазме. В зоне опухолевого роста - слабо положительную реакцию перинуклеарно. Маркёр TdT, который метит предшественники Т, В-лимфоцитов и соответствующие опухоли, выявляет слабо положительную реакцию на клетках в зоне опухоли. Метка гранулоцитов (CD15) выявляется на дватри креста в зонах лейкоцитарной инфильтрации. Маркёр CD10 (CALLA-"common"), выявляющий стволовоклеточный антиген, даёт отрицательную реакцию на изученных срезах поражённой опухолью печени онкологических больных. В лимфоидных инфильтратах печени проявляется слабо положительная реакция при метке CD20 - рап-В-маркёром (В-лимфоцитов и В-лимфом). Слабо положительной является реакция на CD68, которая метит макрофаги. Несколько выше уровень реакции к виментину (ВИМ) - маркёру всех клеток мезенхимального происхождения.

Таким образом, цитоиммунохимические исследования гистологических срезов печени онкологических больных при одновременном метастазировании в неё клеток опухоли и гепатите В показали, что в

различных участках органа выявляются клетки, в неодинаковой степени экспрессирующие на своей поверхности определённый вид антигенов, что имеет значение для определения активности клеток-эффекторов местного противоопухолевого иммунитета.

### **МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПОРАЖЕНИЯ ШЕЙКИ МАТКИ ПРИ ПЛОСКИХ КОНДИЛОМАХ И ЛЕЙКОПЛАКИЯХ**

Курашвили Л.Р., Галустян С.А.,  
Почтаренко О.В., Новикова Ю.С.

*Кубанский государственный медицинский университет,  
базовая акушерско-гинекологическая клиника,  
Краснодар*

С внедрением в практику современной гинекологии метода кольпоскопии расширились универсальные возможности профилактики, своевременной диагностики и адекватного лечения патологии шейки матки. Стало возможным улучшить дифференциальную диагностику различных патологических процессов в шейке матки, изучить заболевания и патологические состояния, на фоне которых они протекают.

Целью нашего исследования явилось изучение патоморфологических изменений в шейке матки при плоских кондиломах и лейкоплакиях. Обследовано 48 пациенток в возрасте от 14 до 47 лет, обратившиеся в отделение патологии шейки матки базовой акушерско-гинекологической клиники Кубанского государственного медицинского университета в 2006 году. При обследовании этих больных был применен метод расширенной кольпоскопии с последующей прицельной биопсией патологически измененных участков слизистой оболочки влагалищной части шейки матки. Изучение сосудистых и эпителиальных тестов проводили с использованием 3% раствора уксусной кислоты и пробы Шиллера. В 14 наблюдениях кольпоскопически были верифицированы плоские кондиломы, в 34- плоские лейкоплакии. У 4 и 17 больных соответственно эти процессы наблюдались на фоне зоны трансформации шейки матки. Биоптаты после стандартной гистологической обработки окрашивали гематоксилин-эозином.

При детальном гистологическом исследовании кольпоскопически верифицированных плоских кондилом наблюдали: полиморфизм клеток покровного эпителия, дискератоз, акантоз, наличие койлоцитов, расположенных группами, парами и по одиночке в поверхностном и промежуточном слоях многослойного сквамозного эпителия. Наблюдали 3 типа койлоцитов: 1-с небольшим пикнотичным ядром, большой зоной перинуклеарного просветления и четко очерченной эозинофильной цитоплазмой, 2-с более крупным ядром, небольшим перинуклеарным гало и эозинофильным ободком цитоплазмы по периферии клетки, 3-двухядерные клетки с крупными четкими ядрами, зоной перинуклеарного просветления и ободком оксифильной цитоплазмы вокруг каждого ядра. В 5 случаях плоских кондилом отмечали паракератоз и ороговение поверхностных слоев эпителиального

пласта. Иногда в строме выявляли умеренную лимфомакрофагальную инфильтрацию.

При микроскопическом исследовании кольпоскопически выявленных лейкоплакий наблюдали явления паракератоза, дискератоза, полного ороговения поверхностных слоев многослойного сквамозного эпителия, его утолщение за счет гиперплазии клеток промежуточного и базального слоя. При этом нередко наблюдали вновь образованные мелкие кровеносные сосуды в промежуточном и базальном слоях покровного эпителия. В 15 наблюдениях лейкоплакии в промежуточном слое эпителия шейки матки находились в небольшом количестве, а иногда единичные койлоциты.

Полученные данные свидетельствуют о том, что хроническая папилломавирусная инфекция может вызывать процессы нарушения созревания и ороговения многослойного плоского эпителия, т.е. в некоторых случаях явиться непосредственной причиной лейкоплакии. Это, естественно, должно быть учтено при выборе тактики лечения этих больных.

### **ДИАГНОСТИКА И ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОСЛОЖНЁННОГО ЭХИНОКОККОЗА ЛЁГКИХ**

Магомедов С.З.

*Клиника факультетской хирургии №1,  
Махачкала*

Республика Дагестан относится к эндемическому очагу по эхинококкозу. За последние десятилетия отмечается рост эхинококкоза лёгких в 4 раза, а осложненные формы из них составляют 48,6 %.

За период с 1994 по 2005 гг. в торакальном отделении Республиканской клинической больницы лечились 214 больных с осложнённым эхинококкозом лёгких. Из них мужчин было 49,5 %, женщин – 50,5 %. Сельские жители составили 63,1 %, городские – 36,9 %. Осложнения чаще (72,8 %) наступали в молодом, работоспособном возрасте (15 – 40 лет). Из этих больных солитарные кисты выявлены у 151 (70,6 %), множественные – у 28 (13,7 %) и сочетанные – у 35 (16,7 %). Односторонние кисты осложнились у 191 (89,3 %), двусторонние – у 23 (10,7 %). Правосторонняя локализация встречалась у 161 (53,1 %) пациентов, левосторонняя – у 142 (46,9 %). Осложнению чаще подвергались множественные кисты (88,2 %) и кисты с нижнедолевой локализацией (76,5 %). При малых кистах осложнения наблюдались у 14,9 %, при средних кистах – у 38,6 %, при больших – у 46,5 % больных. 70,4 % осложнённые кисты были центральной локализации и 28,6 % - периферической.

У 75,0 % больных осложнения наступили в холодный период года и провоцирующим фактором послужили простуда и грипп. У 33,3 % больных осложнения наступили остро. 57,9 % пациентов безуспешно лечились в различных терапевтических стационарах с ошибочным диагнозом.

Осложнённый эхинококкоз лёгких имеет некоторые особенности клинического течения в зависимости от вида осложнения. По клиническим проявлениям выделены 4 формы осложнения эхинококкоза лёгких: