

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: