

кады  $\beta$ -адренорецепторов с помощью обзидана усиливалась величина сократительных реакций узлов за счет активации  $\alpha$ -адренорецепторов.

Полученные данные свидетельствуют о том, что у крыс при токсическом гепатите, вызванном  $CCl_4$ , уменьшался лимфоток, нарушалась транспортная функция лимфатических узлов, так как угнетались спонтанная и вызванная сократительная активность лимфатических узлов, связанные с изменением функции  $\alpha$ - и  $\beta$ -адренорецепторов, М-холинорецепторов и  $H_1$ -гистаминорецепторов узлов в результате повреждающего действия токсиканта. Вызывались нарушения биохимического состава лимфы: увеличение тимоловой пробы, повышение уровня билирубина и высокий уровень ферментов АЛТ и АСТ в крови. Небольшое колебания содержания билирубина общего в крови связано с тем, что он возрастает обычно на поздних стадиях нарушения функции печени. Впервые показано, что при токсическом гепатите угнетается транспортная функция лимфатической системы

#### ОЦЕНКА И КОРРЕКЦИЯ ГЕМОСТАЗА ПРИ АТЕРОСКЛЕРОЗЕ

Парахонский А.П., Адамчик А.С.

*Кубанский медицинский институт, Краснодар,  
e-mail: para.path@mail.ru*

В последние годы активно разрабатывается тромбогенный аспект теории атеросклероза. Ключевым звеном этой теории признаются тромбоциты, которые при взаимодействии с сосудистой стенкой выделяют тромбогенные факторы и факторы роста. У больных с атеросклерозом артерий нижних конечностей (ААНК) развивается состояние тромбофилии, в основе которой лежит угнетение антиагрегационной, антитромбиновой и фибринолитической активности стенки сосудов, повышение агрегации тромбоцитов, тромбогенный сдвиг соотношения цАМФ/цГМФ и  $TxB_2/PGF_2$ , а также повышение в крови содержания  $\beta$ -тромбоглобулина ( $\beta$ -TG) и тромбоцитарного фактора-4. У пациентов с ААНК имеются региональные особенности показателей гемостатического потенциала в разных сосудах. Наиболее выражены различия по степени агрегации тромбоцитов и активности антитромбина III (в сторону увеличения) в аорте по сравнению с венами. В период гелиомагнитных возмущений у больных ААНК и ИБС усиливаются тромбофилические тенденции, что выражается в усугублении угнетения антиромбогенных свойств сосудистой стенки и возрастании в крови уровня тромбогенных факторов, а также дальнейшей активации агрегации тромбоцитов. Коррекция тромбофилических нарушений в системе гемостаза у больных ААНК и ИБС эффективно осуществляется с помощью средств, повышающих потенциал сосудистой

стенки, нормализующих в крови уровни  $\beta$ -TG и тромбоцитарного фактора-4, АТ-III, активатора плазминогена и восстанавливающих соотношение  $TxB_2/PGF_2$ . Лечение больных ААНК и ИБС комплексом дипиридамола, глютаминовая кислота и аутоинозное ультрафиолетовое облучение крови (АУФОК) способствует снижению тромбофилии, улучшению гемореологии и выраженной ремиссии длительностью до четырёх месяцев. В процессе ремиссии у больных ААНК и ИБС достигаемой с помощью комплексной терапии в значительной степени ослабляется тромбогенное влияние геомагнитного влияния на систему гемостаза. Определение уровня тромбогенного потенциала сосудистой стенки у больных ААНК и ИБС даёт возможность более полно охарактеризовать клинические стадии этих заболеваний и способствует выбору и корректировке тактики их лечения. При значительном снижении одного из показателей антиромбинового потенциала сосудистой стенки (антиагрегационного, антикоагуляционного или фибринолитического) развивается субкомпенсированный, а при снижении активности вышеперечисленных показателей – декомпенсированный тип функциональных гемостатических нарушений сосудистой стенки. Лабораторный мониторинг тромбофилии и эффективности её лечения при ААНК и ИБС комплексом дипиридамола-фитина-глютаминовая кислота и АУФОК успешно осуществляется с помощью методов оценки антиромбогенных свойств сосудистой стенки в условиях физиологического покоя и при локальной гипоксии (манжеточный тест), определения агрегационной активности тромбоцитов, особенно при использовании малых доз АДФ и адреналина, определения в крови  $\beta$ -TG и тромбоцитарного фактора-4, а также соотношения цАМФ/цГМФ и  $TxB_2/PGF_2$ . Таким образом, у больных ААНК и ИБС наблюдается снижение антиромбогенных свойств стенки сосудов, которое способствует прогрессированию атеросклеротического процесса.

#### БЕЛОК S-100

#### В КАРЦИНОИДАХ ЛЕГКОГО

Сайнога Т.В., Славинский А.А.

*Кубанский государственный  
медицинский университет,  
Краснодар, e-mail: slavinsky@hotmail.ru*

S100 – кислый водорастворимый протеин с молекулярной массой 21 kDa. Впервые был выделен из ткани головного мозга, но позже выяснилось, чтобы он вырабатывается широким спектром нормальных и опухолевых клеток не только нейроэктодермального, но также мезодермального и эпителиального происхождения (Möller A.C. et al., 1994). В нейроэндокринных опухолях экспрессия S-100 наблюдается в поддерживающих клетках параганглиом и феохро-

моцитом, причем утрата сети поддерживающих клеток связана с более высокой агрессивностью этих опухолей. Поддерживающие клетки содержатся и в карциноидных опухолях различной локализации, причём их отсутствие может быть неблагоприятным прогностическим признаком.

Исследование проведено на операционном материале, полученном от 104 пациентов Центра грудной хирургии Краснодарской краевой клинической больницы. Типичный карциноид лёгкого был диагностирован у 73 больных, атипичный – у 31 пациента. Все опухоли были выделены в 3 клинические группы (T1N0M0, T2N0M0 и T1-2N1-2M0) в соответствии с Международной классификацией по системе TNM. Иммуногистохимическое исследование осуществляли на парафиновых срезах толщиной 3-4 мкм авидин-биотин-пероксидазным методом по стандартной методике с использованием первичных поликлональных антител к белку S100. Для разграничения поддерживающих клеток и тканевых макрофагов, также экспрессирующих S100, применяли антитело к CD68 (клон PG1).

В нашем исследовании экспрессия белка S100 в карциноидных опухолях выявлена не только в поддерживающих, но и в основных опухолевых клетках. В поддерживающих клетках экспрессия носила интенсивный характер, главные клетки демонстрировали более слабую экспрессию этого маркера.

Выраженную «параганглиоидную» сеть из поддерживающих клеток мы наблюдали только в типичных карциноидах, причем далеко не во всех опухолях (16% – 12 из 73). Следует отметить, что аналогичная картина была и в 1 случае метастазирующего типичного карциноида, причем в метастазе поддерживающие клетки отсутствовали. В 56% случаев типичного карциноида (41 из 73) выявлены лишь отдельные поддерживающие клетки, в то время как 28% (20 из 73) этих опухолей S100-позитивных поддерживающих клеток не имели. В атипичных карциноидах мы наблюдали отдельные поддерживающие клетки в 29% (9 из 31) случаев.

В основных клетках опухоли при типичном карциноиде экспрессия S100 носила следующий характер: в 19% (14 из 73) – положительная реакция с большинством клеток опухоли, в 16% (12 из 73) – с частью клеток, в остальных случаях наблюдалась отрицательная реакция. Атипичные карциноиды фокальную экспрессию S100 основными клетками опухоли демонстрировали в 16% случаев (5 из 31).

Очевидно, что выраженная сеть поддерживающих клеток редко выявляется в карциноидах, поэтому её отсутствие не влияет на предрасположенность опухоли к метастазированию, также не выявлено корреляции между экспрессией S100 в главных клетках и клинической стадией

Результаты проведённого исследования свидетельствуют о том, что присутствие поддерживающих клеток более характерно для высокодифференцированных нейроэндокринных опухолей легкого, нежели для умеренно-дифференцированных: диффузный «параганглиоидный» характер экспрессии S100 мы выявили только в типичных карциноидах. Также следует отметить, что экспрессия S100 может присутствовать не только в поддерживающих, но и в основных клетках карциноидных опухолей.

#### ПОКАЗАТЕЛИ ОБЩЕГО АНАЛИЗА КРОВИ И ЛЕЙКОЦИТАРНОГО ИНДЕКСА ИНТОКСИКАЦИИ У ЖЕНЩИН С ФИЗИОЛОГИЧЕСКИМ И ОСЛОЖНЕННЫМ ТЕЧЕНИЕМ БЕРЕМЕННЫХ

Скрябина В.В.

ГБОУ ВПО «ПГМА им. ак. Е.А. Вагнера»  
Минздрава России, e-mail: skryabina-vv@mail.ru

На сегодняшний день большое значение придать инфекционно-воспалительным заболеваниям и особенностям адаптивных реакций в формировании основных осложнений беременности [9, 6]. Существуют общепринятые методики для оценки выраженности воспалительных реакций и состояния адаптивных систем организма, которые требуют использования специального оборудования и проведения дополнительных исследований [3, 4, 7, 9], что не всегда возможно в клинической практике. С другой стороны, предложены способы оценки адаптивных реакций и выраженности эндогенной интоксикации по общему анализу крови [1, 2]. Поэтому интересно, на наш взгляд, было проанализировать особенности показателей общего анализа крови и лейкоцитарного индекса интоксикации (ЛИИ) у женщин с физиологическим и осложненным течением беременности.

**Цель исследования.** Сравнить показатели общего анализа крови и ЛИИ у беременных с физиологическим и осложненным течением гестации.

**Материалы и методы.** Проведен ретроспективный анализ амбулаторных карт женщин с физиологическим (I группа – 34 случая) и осложненным течением гестации. Среди больных с осложненным течением беременности были пациентки с угрожающими выкидышами (УВ), получавшие в качестве лечения только препараты магния и спазмолитики до 12 недель (II группа – 36 случаев); с угрозой прерывания во втором, третьем триместрах (III группа – 51 случай); с диагностированной фетоплацентарной недостаточностью – ФПН (IV группа – 49 случаев); с гестозами (V группа – 49 случаев); родившие детей с различными фетопатиями и ВПР (VI – 33 случая).