



Рис. 1. Просветление вокруг макрофага и частичный распад контактной раковой клетки. Гем.-эоз. $\times 413$.

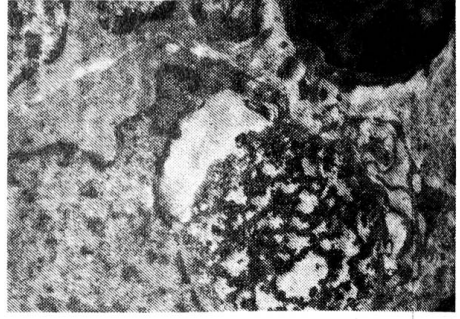


Рис. 2. Распад цитоплазматической мембраны и образование вакуоли в раковой клетке при контакте с Т-лимфоцитом ЭГ. $\times 6000$.

При сравнении групповых показателей раковых опухолей различной стадии выявлено отчетливое уменьшение интенсивности инфильтрации при прогрессировании ракового процесса, метастазировании и снижении дифференцировки ракового эпителия, что сопровождалось также снижением числа плазматических клеток. Число лимфоидных клеток в blastome может достигать высоких величин, однако уровень их проникновения в паренхиму и выраженность цитотоксического действия на опухолевые клетки недостаточны для реализации иммунного противоопухолевого эффекта.

УДК 616.36—002.14—02:[616.155.3 + 616.155.33]—07:616.153.1—074:577.158

И. Ф. Вишневецкая, К. Ф. Ветлугина (Астрахань). Активность ключевых дегидрогеназ в полиморфноядерных лейкоцитах и моноцитах крови больных вирусным гепатитом

Целью работы было выяснение особенностей энергетического обмена в полиморфноядерных лейкоцитах и моноцитах крови у больных вирусным гепатитом. Исследовали цитохимическую активность сукцинатдегидрогеназы (СДГ), лактатдегидрогеназы (ЛДГ) и глюкозо-6-фосфатдегидрогеназы (Г-6-ФДГ).

Было обследовано 95 больных вирусным гепатитом в возрасте от 17 до 42 лет, среди них 23 — с вирусным гепатитом В. Поскольку проведенные нами исследования не выявили существенных различий цитохимических показателей у больных вирусным гепатитом А и В, в дальнейшем мы будем употреблять термин «вирусный гепатит» без упоминания разновидности заболевания.

По тяжести течения больные были разделены на 3 группы: в 1-ю (35 чел.) вошли больные вирусным гепатитом легкой формы, во 2-ю (36) — со среднетяжелой формой без обострения, в 3-ю (25) — с той же формой, но с обострением, которое наступило в процессе лечения в стационаре. Всех больных обследовали в первые дни поступления в стационар (на 7—12-й дни болезни). В качестве контроля изучали кровь 30 здоровых лиц в возрасте от 17 до 36 лет.

Определение дегидрогеназной активности проводили с использованием нитросинего тетразолия. Результаты оценивали, используя полуколичественный метод Капlou. Клетки по степени реакции разделили на 4 группы: 0 — клетка свободна от гранул; а — содержит единичные гранулы; б — заполнена ими на 50%; в — более чем на 50%, гранулы покрывают клетку целиком, часто закрывая ядро и разрывая цитоплазму. Средний цитохимический показатель (СЦП) реакции вычисляли по формуле: $СЦП = a + 2b + 3v$.

У здоровых лиц СЦП каждой из реакций формировался за счет клеток а. Клетки б и в не встречались.

У больных вирусным гепатитом легкой формы активность СДГ в лейкоцитах не превышала нормы, а в моноцитах была даже ниже ее ($13,0 \pm 0,8$). Активность ЛДГ была повышенной как в лейкоцитах ($88,0 \pm 2,3$), так и в моноцитах ($26,0 \pm 1,6$). Активность Г-6-ФДГ была, наоборот, несколько сниженной (соответственно $27,8 \pm 1,8$ и $11,0 \pm 0,6$).

У больных вирусным гепатитом среднетяжелой формы без обострения активность СДГ в лейкоцитах возрастала по сравнению с нормой ($107,0 \pm 3,4$), а в моноцитах была ниже ее ($13,0 \pm 0,3$), однако среди реагирующих клеток имелись клетки б. Повышенными были как активность ЛДГ (в лейкоцитах — $76,0 \pm 1,9$, в моноцитах — $35,0 \pm 2,3$), так и активность Г-6-ФДГ (в лейкоцитах — $82,0 \pm 2,5$, в моноцитах — $66,0 \pm 2,1$).

У больных вирусным гепатитом среднетяжелой формы с обострением также повышенными были активность СДГ (в лейкоцитах — $29,0 \pm 1,6$, в моноцитах — $44,0 \pm 1,3$) и активность ЛДГ (в лейкоцитах — $55,0 \pm 2,3$ и в моноцитах — $55,0 \pm 2,2$). Активность Г-6-ФДГ была значительно повышенной в лейкоцитах ($75,0 \pm 2,8$) и незначительно — в моноцитах ($19,8 \pm 2,3$).

Итак, в лейкоцитах здоровых доноров основная роль в окислительно-восстановительных процессах принадлежит пентозо-фосфатному шунту. В моноцитах же каждая из исследуемых дегидрогеназ обеспечивает около трети обменных процессов с небольшим преимуществом цикла Кребса. Как в лейкоцитах, так и в моноцитах при легкой форме вирус-

ного гепатита основная роль в обменных процессах принадлежит анаэробному гликолизу, а среднетяжелая форма вирусного гепатита без обострения характеризуется более резким, чем при легкой форме, угнетением гликолиза и приближением его активности к норме. В то же время ведущим механизмом окисления в лейкоцитах становится цикл Кребса, а в моноцитах — пентозо-фосфатный шунт. Среднетяжелой форме вирусного гепатита с обострением свойственна резкая активация пентозо-фосфатного шунта в лейкоцитах и не менее резкое его угнетение в моноцитах; в моноцитах же начинает преобладать гликолиз.

УДК 616.379—008.64:616.153.915

В. И. Чураков, Э. А. Прилепкина, С. М. Карханина (Куйбышев). Исследование липидных фракций у больных сахарным диабетом

Мы изучали типы гиперлиппротеидемий и воздействие нормализации углеводного обмена на липидограмму у больных сахарным диабетом. Фракционное разделение липидов сыворотки крови проводили электрофоретическим методом.

Под наблюдением находилось 80 больных от 15 до 70 лет. Контрольную группу составили 33 здоровых человека в возрасте от 22 до 26 лет. Масса тела у большинства больных (у 75) была нормальной. У обследованных были выявлены следующие заболевания: диабетическая ангиопатия сетчатки (у 73), нейропатия конечностей (у 21), ангиопатия конечностей (у 29), нефропатия I стадии (у 22), диабетический гепатоз (у 37), кетоацидоз (у 22). При поступлении в стационар у всех наблюдалась декомпенсация сахарного диабета. Пациентов по возрасту разделили на две группы: до 40 лет было 38 человек и старше этого возраста — 42. Среди больных до 40 лет заболевание в тяжелой форме было у 31, средней тяжести — у 7; среди лиц старше 40 лет — соответственно у 19 и 23. В зависимости от показаний больные получали различные антидиабетические препараты, витамины группы В, анаболические средства, ангиопротекторы, липотропные вещества.

После лечения провели раздельный анализ липидограмм у больных с полной и частичной компенсацией сахарного диабета. Гиперлиппротеидемия была определена у 41 больного. У 23 человек, 10 из которых моложе 40 лет, были гиперлиппротеидемии II и IV типа, являющиеся атерогенными. Анализ полученных данных показал, что при субкомпенсированном диабете (у 15) гиперлиппротеидемия встречается чаще, чем при компенсированном (8). У больных обеих групп с компенсированным сахарным диабетом наблюдалось достоверное уменьшение содержания хиломикрон в крови. У больных старше 40 лет при компенсации заболевания отмечалось существенное снижение уровня β -липидопротеидов и холестерина, а при субкомпенсации динамика их уровня была статистически незначимой. У больных до 40 лет при компенсации сахарного диабета констатировано достоверное увеличение содержания α -липидопротеидов, что уменьшает вероятность развития ишемической болезни сердца.

Исследование свидетельствует о возможности улучшения липидного обмена путем коррекции углеводного и указывает на важность дифференцированного лечения гиперлиппротеидемии, особенно у молодых больных, с целью предупреждения у них раннего развития атеросклероза и ишемической болезни сердца.

УДК 616.728.2—001—085.477.23

Я. И. Шершер, С. Н. Киреев (Саратов). Тотальное эндопротезирование при последствиях травмы тазобедренного сустава

В связи с неэффективностью многих методов лечения последствий травмы тазобедренного сустава в последние годы предпочтение отдается тотальному эндопротезированию.

Под нашим наблюдением находилось 60 больных (мужчин — 43, женщин — 17) с последствиями травмы тазобедренного сустава; возраст пациентов — от 30 до 70 лет (один пациент был старше 70 лет). 20 человек в разные сроки после травмы перенесли различные операции: открытое вправление вывиха головки бедренной кости, артропластику и др. Всем 60 больным было выполнено 61 тотальное эндопротезирование тазобедренного сустава конструкцией Я. И. Шершера.

Эндопротезирование проводили по следующим показаниям: переломы головки бедренной кости, несросшиеся переломы и ложные суставы шейки бедренной кости, неправильно сросшиеся переломы вертлужной впадины, посттравматические асептические некрозы головки бедренной кости IV стадии, коксартрозы III стадии.

Применялись три методики тотального эндопротезирования тазобедренного сустава, основанные на отсечении большого вертела: 1) на ножке из ягодичных мышц; 2) на ножке из ягодичных мышц и со свободным лоскутом из наружной широкой мышцы бедра длиной до 4—5 см; 3) с сохранением всех мышц, прикрепленных к нему.

Гипсовая иммобилизация после операции по первой и второй методикам продолжалась 3—4 нед, по третьей — 2 нед или вовсе не применялась. Через 4 мес после эндопротезирования больные начинали приступать на оперированную конечность, через 6 мес им разрешалась полная нагрузка.

Исходы лечения в сроки от 6 мес до 13 лет были изучены у всех 60 больных. Результаты признаны хорошими у 56 прооперированных, удовлетворительными — у 4, неудовлетворительными — у одного (в связи с нагноением эндопротез был удален на 20-й день после операции).