торые называют карциномой in situ («раком на месте»). При сравнении митотической активности в доброкачественной (47 больных) и злокачественной (35 больных) папилломатозных опухолях не удалось отметить существенного изменения количества делящихся клеток. Возможно, различия в пролиферации клеток этих типов опухолей зависит не от числа вступающих в деление клеток, а от неодинаковой скорости митотического цикла. Основная особенность митотического цикла в злокачественных папилломах - появление большого количества патологических митозов. Нарушения заключались в неправильном распределении хромосом, образовании хромосомных мостиков, слипании хромосом и рассеивании их во время метафазы. Количество патологических митозов составляло 46,7% от общего числа делящихся клеток. Таким образом, особенности деления клеток в папилломах и наличие патологических митозов могут указывать на малигнизацию.

Карцинома in situ в папилломах имеет свои особенности строения. Мы наблюдали 3 варианта: 1)базальноклеточный; 2)бовеноидный; 3)полиморфноклеточный. В единичных случаях малигнизация папиллом начиналась с атипических разрастаний эпителия (базальных клеток), переходивших в инвазивный рак.

Морфологические изменения можно было представить следующим образом: типичная папиллома → папиллома с интераэпителиальными анапластическими изменениями → карцинома in situ и затем, наконец, инвазивный рак (плоскоклеточный ороговевающий или не ороговевающий).

Полученные данные позволяют выдвинуть два морфологических варианта малигнизации папиллом гортани – через стадию cancer in situ, что встречается чаще, и через атипические разрастания эпителия с изоляцией эпителиальных комплексов и нарастанием атипизма в них.

Отдельные вопросы эпидемиологии туберкулеза среди работников железнодорожного транспорта

Галюкова Н.И.
Противотуберкулезный диспансер Южно-Уральской железной дороги, Челябинск

Эпидемиологическая опасность туберкулеза для человека определяется как экзогенными, так и эндогенными факторами. Основным источником экзогенного инфицирования являются больные активным туберкулезом, выделяющие микобактерии туберкулеза.

Важным разделом деятельности врачей фтизиатров является работа в туберкулезных очагах, лечение и последующее диспансерное наблюдение.

При анализе организации специализированной амбулаторно-поликлинической помощи мы выделили в качестве приоритетных направлений: качество лечебно – диагностической и профилактической работы.

В доступной нам литературе мы не встретили методов оценки эффективности диспансеризации больных туберкулезом, основанных на сравнительном анализе структуры изучаемой патологии при постановке на учет и ее изменения через определенные промежутки времени.

Была изучена структура клинических форм туберкулеза, с которыми больные берутся на диспансерный учет в начале заболевания и на момент исследования; динамика этих показателей и составляет эффективность диспансерного наблюдения.

Структура патологии, с которой больные ставились на диспансерный учет при выявлении у них туберкулеза, изучалась в зависимости от группы диспансерного учета по туберкулезу и наличия бактериовыделения.

Первое ранговое место в структуре выявленного туберкулеза занимал инфильтративный туберкулез (44, 0 %); среди лиц с инфильтративным туберкулезом на момент выявления 64, 8 % являлись бактериовыделителями.

На втором ранговом месте лица с очаговым туберкулезом – 35,0 %; удельный вес бактериовыделителей на момент выявления –35, 7 %.

Третье место занимала туберкулома. На четвертом, пятом, шестом местах соответственно внелегочный туберкулез, неактивный туберкулез и состояние после оперативного вмешательства (резекция легкого или его сегмента).

Подавляющее большинство (81,4 %) при постановке на учет получили первую группу диспансерного наблюдения.

Данная группа была сформирована из лиц с очаговым и инфильтративным туберкулезом, среди которых 46,5 % являлись бактериовыделителями.

Выявлена прямая сильная корреляционная связь ($r = 0,79 \pm 0,13$) между структурой клинических форм туберкулеза, наличием бактериовыделения и группой диспансерного учета.

Эффективность диспансерного наблюдения учитывалась по динамике изменения структуры клинических форм во взаимосвязи с группой диспансерного учета и бактериовыделением.

По итогам диспансерного наблюдения первое ранговое место занимал очаговый туберкулез - 29,6% (удельный вес бактериовыделителей –31,1%); на втором месте инфильтративный туберкулез –22,8 % (удельный вес бактериовыделителей –57,4 %); на третьем месте лица с состоянием после оперативного вмешательства –13,1 % всех случаев.

Удельный вес лиц с первой группой учета снизился до 38,2% (доля бактериовыделителей 45,6 %).

Итоги диспансерного наблюдения по предложенной методике дали возможность оценить эффективность диспансеризации и позволили оптимизировать критерии оценки качества деятельности амбулаторно - поликлинического звена фтизиатрической службы.