

ния, данные. Анализ данных анамнеза жизни показал, что неотягощенный наследственный анамнез был только у 69 человек из 200 (34,5% случаев). При этом отягощенная наследственность по женской линии (со стороны матери, бабушки) отмечалась в семьях в 14% случаев, а по мужской линии - в 12,5% случаев соответственно. Таким образом более 50% пациентов (65,5% соответственно) имели родственников с ЯБ в анамнезе. Типичными для ЯБ являются сезонность обострения заболевания (весна - осень). В эти периоды отмечается усиление болей и усугубление диспепсических расстройств. Подобная закономерность прослеживается и у пациентов, подвергающихся анализу. Наименьшее количество пациентов, обратившихся за стационарной медицинской помощью отмечается летом (17,5%), а наибольшее количество госпитализированных - весной (34%); в осенний период аналогичный показатель составил 25% соответственно. Вероятно, это связано с нарушениями в адаптации организма в весеннее и осеннее время. Вышеуказанные данные относятся к Нр - ассоциированным формам ЯБ, а для Нр - не ассоциированных форм заболевания сезонность обострений была менее характерна (в 12,6% случаев). Анализ частоты рецидивирования показал, что в среднем у больных с ЯБЖ обострения 1 раз в год отмечались в 45,2% случаев, а 2 и более - в 54,8% случаев соответственно. При этом частота рецидивирования у пациентов с ЯБДПК

достоверно более выше (в 2 - 2,5 раза соответственно). У Нр - негативных пациентов ЯБ обострялась реже ($0,8 \pm 0,06$), чем у Нр - позитивных пациентов ($1,7 \pm 0,10$, $p < 0,05$). Сравнительный анализ распространенности ЯБЖ и ЯБДПК с территорией проживания выявил строгую закономерность выявления и повышения уровня возникновения патологии данной группы у лиц, проживающих на территориях экологического дисбаланса, что позволяет отнести изучаемую группу заболеваний к экопатологиям.

Результаты проведенного исследования свидетельствуют о неблагоприятной ситуации по заболеваниям, относящимся к группе социально значимых и наиболее распространенных заболеваний (наличие статистически достоверного роста) на территории Ставропольского края. Ретроградный анализ позволил выявить четкие гендерные различия между изучаемыми статистическими группами и обосновал необходимость развития инновационного подхода к изучаемому вопросу. В ходе исследования доказана необходимость учета социально-эпидемиологических особенностей пациентов данной группы, что позволяет своевременно определять и прогнозировать тенденции развития и эпидемического процесса по ЯБ, а также разрабатывать комплекс мероприятий для ограничения распространения данных нозологий среди населения.

Морфофункциональные особенности эффекторов врожденного иммунитета в клинике и эксперименте

**МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ
ХАРАКТЕРИСТИКА ЛИМФОИДНЫХ
ОРГАНОВ
И ЭПИТЕЛИОАССОЦИИРОВАННОЙ
ЛИМФОИДНОЙ ТКАНИ
ПРИ РАЗЛИЧНЫХ СПОСОБАХ
ВВЕДЕНИЯ БАКТЕРИАЛЬНОЙ
ВАКЦИНЫ ВП-4**

Ильиных Е.А., Стафеева О.Н., Уткина Н.П.
ГОУ ВПО «Пермская государственная
медицинская академия им. акад. Е.А. Вагнера
Росздрава»
Пермь, Россия

При внедрении в организм, патогенны сталкиваются со слизистыми оболочками, заселенными Т и В лимфоцитами, обеспечивающими функциональную активность врожденной мукозальной иммунной системы. Знание этих особенностей послужило основой для изучения динамики дифференцировки, органной локализации различных популяций имму-

нокомпетентных клеток, морфологических критериев проявлений местного иммунитета.

Цель исследования — рассмотреть морфологические характеристики лимфоидных органов (тимус, селезенка, лимфатические узлы) и органов, содержащих эпителиоассоциированную лимфоидную ткань (кишечник, лёгкие) при различных способах введения вакцины Иммуовак ВП-4 с позиций изучения особенностей мукозального иммунитета.

Экспериментальным мышам линии СВА массой 18-20 г вводили поликомпонентную бактериальную вакцину Иммуовак 3-кратно: интраназально (500 мкг в 30 мкл), перорально (2000 мкг в 0,5 мл) и подкожно (200 мкг в 0,5 мл). Группу контроля составили интактные мыши. Парафиновые срезы органов, взятых через 24 часа после последней вакцинации, окрашивали гистологическими и гистохимическими методами.

Морфологические исследования показали, что при введении вакцины ВП-4 интрана-

зально в тимусе мышей наблюдается расширение площади коркового вещества, которое чётко отграничивается от имеющего вид вкрапленный мозгового. Крупные фолликулы селезенки имеют четкое разграничение всех зон. В гиперемированной красной пульпе, видны размытые очаги лимфоидной ткани. В препаратах кишечника отмечается лимфоидная инфильтрация соединительной ткани, выделяются многочисленные интраэпителиальные лимфоциты. Ткань лёгких содержит большое количество макрофагов. Бронхи окружены лейкоцитарными инфильтратами.

При пероральном введении бактериальной вакцины в тимусе мышей не выявляется заметных структурных изменений. В селезёнке белая пульпа представлена лимфоидными конгломератами, красная пульпа гиперемирована. Корковое вещество лимфатических узлов имеет сливной характер, не разделено на фолликулы, мозговые синусы расширены. Строма ворсинок кишечника плотно инфильтрирована лимфоидными клетками. Пейровы бляшки выглядят как имеющие сливной характер обширные лимфоидные образования с большим количеством бластных форм. В лёгких кровеносные сосуды полнокровны.

Подкожное введение вакцины Иммуновак ВП-4 приводит к увеличению площади коркового вещества тимуса по сравнению с мозговым. Расширенные лимфатические фолликулы селезенки сливаются и не имеют чётких зон. Паракортикальная зона лимфатических узлов и фолликулы коркового вещества не разграничены. В синусах множество макрофагов и плазматических клеток. Строма ворсинок кишечника умеренно инфильтрирована лимфоидными клетками, выявляется небольшое количество интраэпителиальных лимфоцитов. Соединительная ткань лёгких богата макрофагами.

Таким образом, поликомпонентная бактериальная вакцина Иммуновак ВП-4 вызывает активизацию лимфоидной ткани при любом способе введения. Однако выявлены особенности морфологических изменений, отражающие пути поступления вакцины в организм. Интраназальное введение дает активную реакцию со стороны эпителиоассоциированной лимфоидной ткани лёгких, а пероральное — кишечника. В центральном лимфоидном органе (тимусе), пролиферация лимфоцитов наибольшей степени выражена при интраназальном и подкожном путях введения, а в периферических (селезёнке и лимфатических узлах) — при пероральном и подкожном способах. Анализ полученных данных говорит о необходимости учитывать способ введения вакцины ВП-4 для

определённой направленности биотерапевтического воздействия.

ИММУНОГИСТОХИМИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЛЕЙКОЦИТАРНЫХ ИНФИЛЬТРАТОВ ПЕЧЕНИ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

Кабановская И.Н., Косынкина Т.М.,
Лебединская О.В.

*ГОУ ВПО «Пермская государственная
медицинская академия им. акад. Е.А. Вагнера
Росздрава»
Пермь, Россия*

Иммунные клетки, инфильтрирующие опухоли, могут влиять позитивно либо негативно на их рост, прогрессию, метастазирование и потенциальный исход из-за гетерогенности опухолей и разнообразия фенотипов воспалительных клеток, инфильтрирующих первичные и метастатические участки. Анализ клеточного фенотипа и пространственного расположения инфильтрирующих клеток является основополагающим для точной оценки исхода. Клеточная инфильтрация опухолей и метастатических очагов служит главным параметром для индукции терапевтического ответа, а также для подавления роста опухоли.

Цель работы — выявить иммуногистохимические особенности клеток лейкоцитарных инфильтратов, локализованных в различных участках печени онкологических больных.

Исследовались образцы резецированной печени онкологических больных с различной локализацией первичного очага и метастазами в печень. Возраст больных от 15 до 69 лет. Изучали метастатические и околометастатические участки органа. Иммуногистохимическое исследование образцов проводили с использованием стрептавидин-биотинового комплекса.

В интактных участках печени больных лейкоцитами инфильтрируется, в основном, междольковая соединительная ткань, а среди клеток преобладают макрофаги, моноциты и гранулоциты. В параметастатических областях печени более крупные и распространённые лейкоцитарные инфильтраты расположены как в соединительной ткани вокруг порталных сосудов, так и среди гепатоцитов в нарушенных дольках. Иммуногистохимическое исследование лейкоцитарных инфильтратов поражённой метастазами печени онкологических больных с помощью моноклональных антител (МкАТ) показали, что лейкоцитарные инфильтраты состоят из различных видов клеточных форм мезенхимного происхождения (WIM⁺), среди которых выявляется большое