

Т.Д. Селезнева, Е.В. Зяблов

Саратовский ГМУ им. В.И.Разумовского, Россия

E-mail авторов: std_80@mail.ru

Несмотря на значительное количество работ, посвященных патогенезу неоплазий, до настоящего момента не систематизированы представления о роли отдельных субпопуляций, а именно, CD8 и CD4-Т-лимфоцитов, а также В-лимфоцитов в механизмах прогрессирующего характера патологии и в частности, при отечно-инфильтративной форме рака молочной железы (РМЖ).

Цель исследования: изучить показатели клеточного и гуморального иммунитета при отечно-инфильтративной форме РМЖ в динамике заболевания до и после проведения различных этапов адекватной комплексной терапии.

Материалы и методы.

Проведено комплексное клинико-лабораторное обследование 34 больных с отечно-инфильтративной формой РМЖ, находившихся на лечении в отделении онкологии НУЗ ДКБ г.Саратова с 2005 по 2011 гг. Контрольную группу составили 34 практически здоровых женщин. Иммунологическая картина больных РМЖ была представлена в иммунограмме количеством Т-лимфоцитов (CD3), В-лимфоцитов (CD19), Т-хелперов (CD4), цитотоксических Т-лимфоцитов (CD8), их отношением. Количественное содержание В-лимфоцитов (CD19) сопоставляли с функциональной активностью их субпопуляции на основании определения уровня сывороточных иммуноглобулинов различных классов: IgG, IgA и IgM.

Определение иммуноглобулинов классов G, A, M (IgG, IgA, IgM) осуществлялось при помощи радиальной иммунодиффузии по методу Манчини, определение уровня субпопуляционного состава лимфоцитов периферической крови проводилось методом непрямой иммунофлюоресценции с помощью моноклональных антител производства «Медбиоспектр» (Москва).

Результаты и обсуждение.

В исследуемой группе больных зарегистрировано прогрессирующее снижение процентного содержания CD3 Т-лимфоцитов ($45,12 \pm 1,21$, $P < 0,001$), CD4 Т-лимфоцитов ($20,56 \pm 1,54$, $P < 0,001$) по отношению к контрольной группе. В то же время, отмечено достоверное увеличение процентного содержания CD8 Т-лимфоцитов по сравнению с контрольной группой наблюдения ($29,41 \pm 0,54$, $P < 0,001$). Одновременно снижался показатель соотношения CD4/CD8 Т-лимфоцитов ($0,71 \pm 0,033$, $P < 0,001$).

Между тем, возникало максимальное подавление активности В-зависимого иммунитета: содержание в крови IgG ($9,85 \pm 0,187$, $P < 0,001$), IgA ($1,95 \pm 0,026$, $P < 0,001$), IgM ($0,98 \pm 0,013$, $P < 0,001$), а также уровня CD19-Т-лимфоцитов ($14,72 \pm 1,025$, $P < 0,001$) было заметно ниже контрольных величин.

Спустя сутки после 3 курсов неoadъювантной полихимиотерапии (НПХТ) по схеме FAC уровень CD3-Т-лимфоцитов ($41,26 \pm 1,34$, $P < 0,001$), уровень CD4-Т-лимфоцитов ($18,59 \pm 1,57$, $P < 0,001$), соотношения CD4/CD8-Т-лимфоцитов ($0,57 \pm 0,028$, $P < 0,001$) снижался по сравнению с таковыми показателями нормы. В то же время уровень CD8-Т-лимфоцитов превышал показатели контроля ($32,71 \pm 0,76$, $P < 0,001$). Использование НПХТ в этой группе больных приводило к критическому снижению уровня всех исследуемых иммуноглобулинов (IgG ($6,79 \pm 0,231$, $P < 0,001$), IgA ($1,78 \pm 0,017$, $P < 0,001$), IgM ($0,75 \pm 0,016$, $P < 0,001$)) и CD19- В-лимфоцитов ($10,53 \pm 1,026$, $P < 0,001$).

Закключение.

Оценивая выше изученные метаболические параметры иммунного статуса у больных с отечно-инфильтративной формой РМЖ, следует заключить, что выявленные сдвиги: снижение CD19-В-лимфоцитов, IgG, IgA, IgM, CD3-Т-лимфоцитов, CD4-Т-лимфоцитов, соотношения CD4\CD8, с одновременным увеличением CD8-Т-лимфоцитов, имеют очевидную диагностическую и прогностическую значимость. Использование адекватной полихимиотерапии обеспечивает не только элиминацию опухолевых клеток в периоды проведения терапевтических мероприятий, но за счет подавления иммунной системы способствует развитию промоции и метастазированию малигнизированных клеток, не подвергшихся эрадикации.

МИНИМИЗАЦИЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У БОЛЬНЫХ С ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫМИ ОПУХОЛЯМИ КОЖИ

Н.А. Белушенко

Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского, Россия

E-mail авторов: nataliyabelushenko@mail.ru

В последние годы увеличилась заболеваемость доброкачественными опухолями кожи. В нашей клинике лечение этой патологии включает: иссечение опухоли, электрокоагуляцию и криодеструкцию. В послеоперационном периоде, периодически, наблюдаются воспаление и диастаз краёв послеоперационной раны. Т.о. возникает вопрос: если эту опухоль прооперировать другим способом, возникли бы осложнения и какой был бы косметический эффект?

Цель исследования: изучая особенности послеоперационных ран установить оптимальный способ лечения опухолей кожи. Выявить причины раневых осложнений. Минимизировать вероятность послеоперационных рецидивов.

Материалы и методы.

Обследовано 400 больных с различными опухолями кожи. 260(65%) больных были в возрасте от 18

до 45 лет, 140 (35%) больных старше 45 лет. Из них 284 (71%) женщин и 116 (29%) мужчин. Из них – 284 (33%) больных с папилломами, 112 (28%) с невусами, 84 (21%) с кератомами и прочие (дерматофибромы, кератопапилломы и др.) – 72 (18%). На лице опухоли локализовались у 92(23%) больных, на волосистой части головы у 28 (7%), на шее у 56 (14%), на спине у 104 (26%). На коже живота и грудной стенке – у 68 (17%), конечностей – у 32 (8%), в области промежности у 20 (5%) человек. Прооперировано 184 (46%) опухолей кожи с формой роста на ножке, 152 (38%) опухоли с поверхностной формой роста и 64 (16%) с узловой. По размеру исследовались опухоли до 0,5 см – 88 (22%); 0,6-1,0 см – 148 (37%); 1,1-1,5 см – 100 (25%) и более 1,5 см 64 (16%) опухоли. Диагноз у всех верифицирован до лечения цитологически, а после - гистологически. По способу лечения: иссечение опухоли выполнено 173 (43%) больным, электрокоагуляция 149 (37%) и криодеструкция 78 (20%) больным. Всем пациентам перед операцией взят посев с кожи на флору в области операции. У 100% больных выявлена сапрофитная микрофлора. В области естественных складок кожи бактериальный рост превышал эти показатели ~ на 40% по сравнению с другими анатомическими областями.

Результаты и обсуждение.

После иссечения опухолей сроки заживления ран 5-12 дней. Размеры опухоли, пол и возраст на заживление существенно не влияли. Раневые осложнения возникли у 21 (12%) больного. Диастаз краёв послеоперационной раны наблюдался у 8% больных, воспаление послеоперационной раны у 4%. Все больные с опухолями кожи на спине. Это объясняется толщиной кожи этой зоны и слабой васкуляризацией, а в области складок кожи - гипергидрозом и повышенной обсеменённостью кожи микрофлорой. Эти же больные дают основной процент раневых осложнений при криодеструкции и электрокоагуляции – 4 (13%) и 5 (11%) соответственно. Наиболее длительное заживление ран (до 15 дней) было при электрокоагуляции опухолей на широком основании, у 52 (80%) больных. Криодеструкция крупных опухолей (>1,0 см) требует несколько этапов воздействия и сроки заживления ран ~20 дней, - у 27 (72%) пациентов.

Выводы. Наиболее целесообразно выполнять иссечение крупных внутридермальных опухолей любой локализации (d>1,0 см). Электрокоагуляция эффективна при опухолях на тонкой ножке (размером до 0,4 см). При широкой ножке опухоли улучшить косметический эффект можно наложением косметического шва. Криодеструкция оптимальна для лечения опухолей размером до 0,5 см и с поверхностной формой роста. В противном случае возрастает риск послеоперационных рецидивов, и удлиняются сроки заживления за счёт обширной зоны обморожения.

ВОПРОСЫ ДИАГНОСТИКИ БОЛЬНЫХ

С ПИГМЕНТНЫМИ НЕВУСАМИ КОЖИ

Ю.В. Букина

Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского, Россия

E-mail автора: JuVfresh@ya.ru

Меланома кожи относится к разряду чрезвычайно злокачественных опухолей. С 2002 по 2007 гг. прирост абсолютного числа заболевших составил 17%. В связи с достаточно высокой заболеваемостью меланомой не теряет актуальности вопрос о предметной патологии кожи. В частности, о пигментных невусах, а также адекватной тактике при них. Определить риск перерождения пигментных невусов в меланому при визуальном осмотре сложно и, практически, невозможно. Достоверное перерождение невуса в меланому можно установить только при гистологическом исследовании. Гиподиагностика влечет за собой либо неадекватную тактику ведения пациентов со стороны врачей первого контакта, либо лечебное воздействие на опухоль в неадекватном объеме, которое может повлечь за собой диссеминацию процесса.

Цель исследования: уточнение клинических критериев, используемых в диагностике пигментных невусов и влияющих на выбор тактики.

Материалы и методы.

Материалом для исследования послужили истории болезни 168 пациентов, имеющих пигментные невусы кожи. Преобладали женщины – 64,3%. Больные обоих полов чаще имели патологию в возрасте старше 40 лет – 61,3%. Наиболее частой локализацией пигментных невусов было туловище – 41,1%. На коже головы и шеи они локализовались у 34,5%, на нижних конечностях – у 17,3%, на верхних конечностях – у 7,1% пациентов. Из анамнеза установлено, что у 32% больных пигментный невус был врожденным, а у 68% – приобретенным. Чаще максимальный размер невуса был до 1,0 см – 49,4%.

Результаты исследования.

Самым частым симптомом активизации пигментного невуса был рост. Этот признак наблюдался у 76,8% пациентов. 14 Изменение цвета образования было в 8,3% наблюдений; изменение контуров наблюдалось у 6%; изменение поверхности – у 4,8% больных. Неприятные ощущения в области невуса отметили 1,8% пациентов. В 2,4% не отмечено никаких признаков. Активизация пигментных невусов после воздействия солнечной инсоляции отмечена в 64,9% наблюдений; в результате хронической травмы – в 23,2%; в период полового созревания – в 10,7%. На основании анамнестических сведений о сроках развивающихся изменений установлено, что у 73,8% пациентов активизация наблюдалась в период от 3 до 12 месяцев. Все больные оперированы. При гистологическом исследовании отмечено преобладание внутридермальных невусов (50,8%). Признаки пролифе-