

**«Фундаментальные и прикладные проблемы медицины и биологии»,  
ОАЭ (Дубай), 16–23 октября 2014 г.**

*Медицинские науки*

**РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА РАКА ШЕЙКИ  
МАТКИ МЕТОДОМ ЖИДКОСТНОЙ  
ЦИТОЛОГИИ**

Ворожейкин В.М., Волкова Л.В.

*Балтийский федеральный университет  
им. И. Канта, медицинский институт, Калининград,  
e-mail: volkova-lr@rambler.ru*

Анализируется опыт цитологического исследования мазков с поверхности влажной части шейки матки и цервикального канала женщин Калининградской области. Забор материала производится щеточкой «Cervix-brush», мазки после фиксации окрашиваются по Романовскому. Высокой чувствительностью обладает полихромное окрашивание по Папаниколу (Pap-тест), которое является высокоэффективным при выявлении рака шейки матки и предшествующих ему состояний. Непременным условием высокой информативности мазка является правильность взятия материала, интерпретация цитологической картины производится согласно общепринятым критериям оценки состояния эпителия по Bethesda System, 1999 и по Papanicolaou. В последнее время при цитологической диагностике патологии шейки матки нами апробирован и применяется высокоэффективный метод жидкостной цитологии с использованием центрифуги «Cytospin 4» (США), который позволяет получить тонкий репрезентативный монослойный препарат с минимальным содержанием крови, бактерий и нейтрофильных лейкоцитов. Влажная фиксация усиливает четкость структур, распространенные артефакты при этом отсутствуют. Данный метод позволяет проводить иммуноцитохимическое исследование, является перспективным для выявления экспрессии маркера p16ink4a, позволяющего дифференцировать дисплазию онкогенной направленности от воспалительной. Недостатком цитологического метода исследования шейки матки является невозможность определения инвазии при опухолевом росте. Тем не менее, апробация метода жидкостной цитологии в скрининге рака шейки матки продемонстрировала возможность выявления патологического процесса на ранних этапах его развития, проведения мониторинга опухолевого процесса, что определяет своевременность применения правильной тактики лечения.

**ПОЗИТРОННО-ЭМИССИОННАЯ  
ТОМОГРАФИЯ В ДИАГНОСТИКЕ  
ЛИМФОМ**

Нагаева Д.В., Перескоков Д.В., Ахмадеев А.В.

*ООО «ПЭТ Технолдж», Центры позитронно-  
эмиссионной томографии, Уфа,  
e-mail: mpha@ufanet.ru*

Большую роль в ранней диагностике лимфом и, следовательно, для благоприятного про-

гноза играют компьютерная томография всего тела (КТ), магнитно-резонансная томография (МРТ), позитронно-эмиссионная томография (ПЭТ). Использование этих методов считается целесообразным для первоначального исследования до начала лечения [Segall, J Nucl Med., 2001, 42(4):609-610].

Целью работы явился анализ результатов диагностики, проведенной в нашем центре, а также распространенности лимфом среди жителей Республики Башкортостан на основании данных исследования на ПЭТ/КТ томографе «Optima 560», GE, по программе «все тело», от орбитомеатальной линии до средней трети бедра. При проведении ПЭТ/КТ использовался радиофармацевтический препарат «Фтордезоксиглюкоза, 18F». Известно, что комбинация ПЭТ и КТ сканеров позволяет получать изображения, которые точно определяют местоположение нарушений метаболизма в организме. Комбинация этих двух методов обеспечивает возможность более точной диагностики, чем ПЭТ и КТ исследования по отдельности.

Анализ проведен у 91 пациентов за четыре месяца 2014 года. ЛХ обнаружена у 53 человек, что составляет 58%, НХЛ у 38 – что составляет 42%. Среди больных с диагнозом ЛХ было 53% мужчин, женщин – 47%; с диагнозом НЛХ – мужчин 63%, женщин – 37%. По возрасту ЛХ у мужчин встречается в 82% до 60 лет, у 18% – после 60 лет. У женщин процент заболеваемости до 60 лет составляет 92%, после – 8%. НХЛ – встречается у мужчин до 60 лет в 83%, свыше 60 лет – 17%; у женщин до 60 лет это заболевание диагностируется у 21% заболевших, после 60 лет – у 79%.

Приведенные результаты анализа, в целом, согласуются со статистическими данными по России. Заслуживает внимания факт, что проявления НХЛ имеют возрастные особенности у больных разного пола. Более высокая заболеваемость НХЛ у женщин в климактерическом и постклимактерическом периодах, вероятно, указывает на роль гормональных факторов в патогенезе этого заболевания.

**ИСТОРИЯ ИССЛЕДОВАНИЙ  
ПОСТКАПИЛЛЯРНЫХ  
ЛИМФАТИЧЕСКИХ СОСУДОВ**

Петренко В.М.

*Санкт-Петербург,  
e-mail: deptanatomy@hotmail.com*

Еще W. Henle (1841) описывал три слоя в стенке лимфатического сосуда (ЛС), причем в медию – поперечные мышечные пучки. А. Kolliker (1854) отмечал, что в ЛС диаметром 200 мкм и более средняя оболочка содержит косые гладкие ми-

оциты и эластические волокна, наружная оболочка – косые и продольные миоциты. В период классической, инъекционной лимфологии границей между лимфатическими капиллярами (ЛК) и отводящим ЛС считался первый клапан (Жданов Д.А., 1940). В 1964 г. L. Pflieger заявила, что стенка посткапиллярных ЛС, как промежуточного звена между ЛК и ЛС, содержит соединительную ткань и рассеянные миоциты, но не разделена на типичные слои. J. van Limborgh (1966) предложил выделять мелкие ЛС как «посткапиллярные» ЛС, они обычно повторяют ход кровеносных сосудов в отличие от собственно ЛС. О существовании такого звена лимфатического русла сообщали ранее Ф.И. Врублевский (1942) и А.А. Сушко (1964). Но еще раньше, в 1902 г. G.Ebner писал, что ЛС диаметром 30–40 мкм имеют соединительнотканную оболочку, стенка ЛС диаметром 200 мкм разделена на типичные слои. По данным В. Zweifach (1961), миоциты появляются в стенках ЛС диаметром 100 мкм. Согласно В.В.Куприянову (1969), а также W. Kriz a. H. Dietrich (1970), лимфатический посткапилляр (ЛПК) отличается от ЛК появлением тонкой базальной мембраны эндотелия и клапанов в виде его окружных складок. Позднее В.В. Куприянов (1983) отмечал, что в стенке ЛПК может дифференцироваться соединительная ткань. По мнению Ю.Е.Выренкова (2008), ЛПК имеет эндотелиальные стенки, а соединительная ткань и миоциты появляются в стенках ЛС. Я нашел, что первые ЛПК (с эндотелиальными стенками ?) могут входить в состав сетей ЛК, но последующие, надсетевые ЛПК точно имеют тонкую соединительнотканную оболочку. ЛПК (безмышечные ЛС) соответствуют отводящим ЛС I–III порядка по старой терминологии. В стенках ЛС II–IV порядка диаметром 100–150 мкм появляются гладкие миоциты. У эмбрионов человека 8 нед в грудном протоке с эндотелиальными стенками образуются первые клапаны с короткими створками. У плодов 10–11 нед проток приобретает строение типичного ЛПК: размеры его клапанов заметно увеличиваются, их створки удлиняются, перекрывая просвет протока, и утолщаются, в их состав входит соединительная ткань. У плодов 4–5 мес в связи с утолщением стенок и дифференциацией мышечной оболочки грудной проток приобретает строение типичного ЛС. Сходные процессы позднее происходят в периферических ЛС.

**ИЗУЧЕНИЕ БИОХИМИЧЕСКИХ И ФИЗИКО-ХИМИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ РОТОВОЙ ЖИДКОСТИ У ДЕТЕЙ С ДЦП ПОСЛЕ ПРИМЕНЕНИЯ ЖЕВАТЕЛЬНОГО КОМПЛЕКСА**

Чуйкин С.В., Кудашкина Н.В., Галеева Р.Р.

*Кафедра стоматологии детского возраста и ортодонтии с курсом ИПО ГБОУ ВПО «БГМУ» Минздрава РФ, Уфа РБ,  
e-mail: sultanova-rr@rambler.ru*

**Актуальность.** Детский церебральный паралич – тяжелое заболевание нервной системы,

при котором страдают структуры мозга, ответственные за произвольные движения. Заболевание проявляется в виде парезов, параличей, нарушений координации, гиперкинезов мышц рук, шеи, туловища, языка, что неблагоприятно сказывается на самообслуживании. Качество жизни детей с церебральным параличом резко снижается, при этом ухудшается и гигиеническое состояние полости рта, дети не могут обеспечить полноценный уход за своей ротовой полостью. На сегодняшний день профилактика и лечение заболеваний полости рта у детей с соматической патологией, которая приводит к инвалидности, остается актуальной проблемой среди врачей стоматологов.

**Цель исследования.** Изучение эффективности применения фитотерапевтического средства на основе пчелиного воска с добавлением полиэкстракта листьев шалфея лекарственного в комплексной профилактике и лечении стоматологических заболеваний у детей с ДЦП.

**Материалы и методы.** В исследование были включены 89 человек, из них 59 детей с церебральным параличом и 30 практически здоровых детей без данной патологии. Всем детям была проведена оценка биохимических (определяли кальций, магний, фосфор, белок и ТБК-активные продукты) и физико-химических показателей ротовой жидкости (определяли скорость слюноотделения, кинематическую вязкость, рН). На основании полученных результатов, которые свидетельствовали о нарушении биохимических и физико-химических показателей ротовой жидкости у детей с церебральным параличом, нами было предложено жевательное средство на основе пчелиного воска с добавлением полиэкстракта листьев шалфея лекарственного. Данный жевательный комплекс дети использовали 3 раза в день после приема пищи в течение 30 дней. Статистическую обработку полученных результатов выполняли с помощью методов медико-биологической статистики с использованием пакета Statistica 8.0.

**Результаты исследования.** Биохимические и физико-химические показатели ротовой жидкости после применения жевательного комплекса улучшились. Показатель кальция после лечения составил  $1,57 \pm 0,51$  ммоль/л, магния –  $0,94 \pm 0,21$  ммоль/л, фосфора –  $3,14 \pm 0,67$  ммоль/л, белка –  $0,85 \pm 0,23$  г/л, ТБК-активных продуктов –  $0,28 \pm 0,10$  мкмоль/л. Скорость слюноотделения после лечения повысилась ( $3,46 \pm 0,47$  мл/мин), слюна стала менее вязкая ( $1,11 \pm 0,40$ ), показатель рН ротовой жидкости повысился ( $6,75 \pm 0,34$ ). Результаты всех показателей имеют статистическую значимость ( $P < 0,05$ ).

**Выводы.** Полученные данные биохимических и физико-химических показателей ротовой жидкости после применения жевательного комплекса свидетельствуют об улучшении