

**ԹՈՔԵՐԻ, ՍՏԱՄՈՔՍԻ, ԱՂԻՆԵՐԻ ԿԱՐՑԻՆՈՒԴ ՈՒՌՈՒՑՔՆԵՐԻ
ԲԶՋԱՐԱՆԱԿԱՆ ԱԽՏՈՐՈՇՈՒՄԸ**

Հնդդերին տարբերակման ուղուցների բջջաբանական ախտորոշումը մեծ նշանակություն ունի բուժման միջոցների ընտրության (քիմիոթերապիա, օպերատիվ միջամտություն) և հիվանդության ելքի համար: Հոդվածում նկարագրված են բջջաբանական պատկերի յուրահատկությունները և բջջաբանական ընկույթումների միջոցով տարբերակման հնարավորությունները:

T. P. ALIKHANIAN

**CYTOLOGIC DIAGNOSIS OF CARCINOID TUMORS OF THE LUNGS,
STOMACH AND INTESTINE**

The cytologic diagnosis of tumors with endocrinic differentiation is of great significance for the choice of the method of chemotherapy, surgical intervention and prognosis of the disease. The article is devoted to the study of 21 cases of carcinoid tumors of the lungs, stomach and intestine with different degrees of differentiation. The peculiarities of the cytologic pictures and criteria of cytologic verification are given.

Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Дерижанова И. С., Резникова Г. Л. *Вопр. онкол.*, 1982, 2, с. 19.
2. Дерижанова И. С. *Арх. патол.*, 1979, 3, с. 18.
3. Кирдан Г. В. *Грудн. хвр.*, 1981, 6, с. 49.
4. Краевский Н. А. *Патолого-анатомическая диагностика опухолей человека*. М., 1982.
5. Массон П. *Опухоли человека. Гистологическая диагностика*. М., 1965.
6. Никонов А. А. *Вопр. онкол.*, 1978, 7, с. 62.
7. Никонов А. А. *Арх. патол.*, 1978, 1, с. 79.
8. Райхлин Н. Т., Кветной И. М. *Арх. патол.*, 1977, 5, с. 74.
9. Шапиро Н. А., Макарова К. А., Цинельзон А. М. *Вопр. онкол.*, 1973, 10, с. 20.
10. Grimelius L. A. *Acta Soc. Med. Upsal.*, 1968, 73, 5—6, 243.
11. Lattes R., Grossi C. *Cancer*, 1956, 94, 698.
12. Singh J. *Anat. Anr.*, 1964, 115, 81.

УДК 616.248+616.233—002.2

М. З. НАРИМАНОВ, А. К. ЕГОЯН, В. Г. АМАТУНИ

**ДИСИММУНОГЛОБУЛИНЕМИЯ И ГИПЕРГИСТАМИНЕМИЯ
ПРИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ И ХРОНИЧЕСКОМ
АСТМАТИЧЕСКОМ БРОНХИТЕ**

Обобщены данные по изменению иммуноглобулинов классов А, М, G и уровня гистамина у больных бронхиальной астмой и астматическим бронхитом. Правильная оценка состояния иммунокомпетентных систем при различных формах бронхиальной астмы и предастме может служить основой корригирующей терапии.

Количественные изменения сывороточных иммуноглобулинов классов А, М, G играют существенную роль в патогенезе атопической и ин-

фекционно-аллергической бронхиальной астмы. В литературе приводятся данные о снижении концентрации IgA при обострении бронхиальной астмы (БА) и во время приступов удушья [4]. С дефицитом иммуноглобулинов этого класса, обладающих выраженной противовирусной и антибактериальной активностью, связано развитие очагов хронической инфекции в организме, в частности в органах дыхания при хронических неспецифических заболеваниях легких. Получены данные о блокирующей роли IgA в отношении ряда аллергенов [1]. За соединение с аллергенами в крови в основном ответственны иммуноглобулины класса G, получившие название «блокирующих» антител. Активность IgG направлена на соединение с аллергенами в крови и тем самым блокаду контакта аллергенов с иммуноглобулинами класса E на мембранах тучных клеток [9]. Таким путем IgG предотвращают развитие патохимической стадии аллергической реакции немедленного типа, лежащей в основе патогенеза атопической формы БА. Наряду с этим свойством выявлен их антагонизм по отношению к эффекторам гиперчувствительности замедленного типа [8], являющейся иммунопатологической основой инфекционно-аллергической БА. Изменение концентрации сывороточных Ig при различных формах БА указывает на их участие в иммунологической стадии патогенеза этого заболевания [3]. Большинство исследователей отрицают существенные сдвиги в концентрации IgM при БА [10]. В то же время заслуживает внимания работа Buggell и соавт., в которой показана высокая активность IgM в реакции с легочной тканью [12]. В связи с этим можно предположить участие иммуноглобулинов этого класса в аутоагрессии иммунной системы в отношении легочной ткани, имеющей место при тяжелом течении БА.

Гистамин—это биологически активное вещество, вызывающее бронхоспазм, гиперсекрецию и отек слизистой бронхов, что обуславливает его значимость в патогенезе БА и приступов удушья. Гипергистаминемия обнаружена в фазе обострения заболевания и на высоте приступов удушья при атопической БА. Данные по определению гистамина в крови больных инфекционно-аллергической БА и их оценка весьма противоречивы [11].

Цель настоящей работы в выявлении взаимосвязи количественных изменений сывороточных иммуноглобулинов и гистамина крови при атопической (АБА), инфекционно-аллергической (ИАБА) и смешанной (СБА) формах БА и хроническом астматическом бронхите (ХАБ). Обследовано 107 больных (67 женщин и 40 мужчин) БА и ХАБ в возрасте от 20 до 65 лет. Диагноз верифицирован данными клинико-лабораторного и функционального обследования. Форма БА устанавливалась на основании клинико-лабораторного обследования, данных аллергологического анамнеза и кожных проб с аллергенами. По тяжести течения заболевания, согласно классификации А. Д. Адо и П. К. Булатова [2], больные инфекционно-аллергической и смешанной бронхиальной астмой разделены на подгруппы—ИАБА_{1,2,3}, СБА_{1,2,3}. АБА отличалась легким течением у всех 11 обследованных больных. Концентрация сывороточных иммуноглобулинов классов А, М, G определялась методом радиальной

иммунодиффузии по Mancini [13], а уровень гистамина в крови—методом Шора в модификации С. А. Мешеряковой [6]. Кровь для исследования бралась при поступлении больных в клинику в фазе обострения заболевания и после курса лечения в фазе относительной ремиссии.

При обострении АБА, ИАБА, СБА и ХАБ выявлено измененное по сравнению с контролем содержание сывороточных иммуноглобулинов, сохраняющееся у большинства больных и после курса лечения (табл. 1). Концентрация IgA достоверно ниже контрольных величин при обострении АБА, ИАБА_{1,2,3}, СБА_{1,2,3} и ХАБ. Степень дефицита IgA у больных АБА соответствует таковой при ИАБА₂ и СБА₂, а у больных ХАБ (предастма)—ИАБА₁ и СБА₁. Иными словами, при легком течении БА дефицит IgA выражен при АБА сильнее, чем при ИАБА и СБА, а в предастме степень снижения IgA та же, что и при ИАБА легкого течения. Из табл. 1 также следует, что имеет место четкая прямая зависимость степени дефицита IgA от тяжести течения заболевания, его фазы, что позволяет использовать этот показатель в качестве критерия активности аллергического воспалительного процесса при БА. В связи с этим заслуживает внимания отсутствие различий в концентрациях IgA при ИАБА и СБА с одинаковой тяжестью течения. Концентрация гистамина в крови (табл. 2) у больных БА и ХАБ превышает контрольные величины в фазе обострения заболевания. При этом уровень гистамина нарастает в зависимости от тяжести течения БА и остается достоверно выше контроля после курса лечения. Уровень гистамина при АБА₁ выше, чем при ИАБА и СБА легкого течения, а при ХАБ соответствует его содержанию при ИАБА₁ и СБА₁.

Выявленная разнонаправленность в количественных изменениях IgA и гистамина явилась основанием для определения коэффициента обратной корреляции между ними. При ХАБ он равен 0,47 ($P < 0,05$), АБА—0,79 ($P < 0,05$), ИАБА—0,61 ($P < 0,01$), СБА—0,72 ($P < 0,01$). Можно предположить, что дефицит IgA создает благоприятные условия для развития гипергистаминемии при ХАБ и БА, способствуя повышенной либерации гистамина из тучных клеток и базофилов крови. Исходя из факта тесного взаимодействия IgG с гистамином в патогенезе аллергии, представляют интерес результаты изучения их изменений в зависимости от формы и фазы изучаемых заболеваний. Как видно из табл. 2, в фазе обострения заболевания при АБА имело место недостоверное повышение концентрации иммуноглобулинов класса IgG, что рассматривается нами как компенсаторная реакция гуморального иммунитета, направленная на блокаду патохимической стадии немедленной аллергии. При обострении ИАБА и СБА имело место статистически недостоверное снижение концентрации IgG по сравнению с контролем. При этом коэффициент обратной корреляции между гистамином и IgG равнялся при ХАБ—0,63 ($P < 0,01$), ИАБА—0,52 ($P < 0,01$), СБА—0,61 ($P < 0,01$), что подтверждает взаимосвязь количественных изменений гистамина и IgG в патогенезе ХАБ, ИАБА и СБА. Наряду со снижением IgA дефицит IgG, по-видимому, является условием активности аллергических процессов, показателем которой, наряду с клиническими данными, является гипергистаминемия. Повышение IgA и IgG после лечения преимущественно

Таблица 1

Концентрация сывороточных иммуноглобулинов у больных бронхиальной астмой
и хроническим бронхитом в МЕ/мл

Форма заболевания	Число больных	До лечения ($M \pm m$)			После лечения ($M \pm m$)		
		IgA	IgM	IgG	IgA	IgM	IgG
ХАБ	18	154,3 $\pm$ 7,04*	133,7 $\pm$ 2,41	155,1 $\pm$ 5,28	156,4 $\pm$ 10,41*	137,4 $\pm$ 8,12	159,2 $\pm$ 10,81
АБА	11	146,2 $\pm$ 9,22*	124,5 $\pm$ 7,34	178,3 $\pm$ 8,72	180,5 $\pm$ 9,12*	127,8 $\pm$ 7,14	170,4 $\pm$ 12,52
ИАБА ₁	10	153,5 $\pm$ 9,64*	130,0 $\pm$ 4,08	134,7 $\pm$ 9,50	177,5 $\pm$ 6,74*	127,2 $\pm$ 5,49	150,6 $\pm$ 8,34
ИАБА ₂	16	146,3 $\pm$ 6,93*	120,6 $\pm$ 6,04	145,9 $\pm$ 7,52	156,3 $\pm$ 9,69*	128,6 $\pm$ 5,29	140,7 $\pm$ 9,77
ИАБА ₃	10	120,3 $\pm$ 6,58*	189,5 $\pm$ 17,17	138,7 $\pm$ 8,65	164,1 $\pm$ 9,90*	186,5 $\pm$ 17,76	140,6 $\pm$ 8,91
СБА ₁	10	155,2 $\pm$ 12,52*	138,5 $\pm$ 11,60	139,0 $\pm$ 17,38	185,3 $\pm$ 8,02	142,7 $\pm$ 12,12	152,3 $\pm$ 9,15
СБА ₂	18	149,7 $\pm$ 6,61*	123,4 $\pm$ 5,81	147,0 $\pm$ 6,18	158,0 $\pm$ 8,44*	144,7 $\pm$ 12,37	149,0 $\pm$ 9,28
СБА ₃	14	139,1 $\pm$ 6,56*	177,5 $\pm$ 12,49	142,1 $\pm$ 5,89	137,7 $\pm$ 8,91*	179,5 $\pm$ 18,41	141,82 $\pm$ 9,90
Контроль	20	187,9 $\pm$ 5,42	148,6 $\pm$ 12,42	164,3 $\pm$ 9,41			

Примечание. *-Различие с контролем достоверно.

по при легком течении АБА, ИАБА, СБА подтверждает патогенетическую значимость их дефицита при БА.

Концентрация IgM оказалась выше контрольных величин при тяжелом течении ИАБА и СБА. При этом концентрация IgM при ИАБА₃ и СБА₃ выше, чем при ИАБА_{1,2} и СБА_{1,2}. Учитывая данные ряда авторов о повышении титра противолечочных антител при тяжелом течении БА [5], а также повышенную агрессивность IgM в отношении легочной ткани, можно предположить их участие в аутоаллергических реакциях при ИАБА₃ и СБА₃.

Таблица 2

Концентрация гистамина в крови больных бронхиальной астмой и хроническим бронхитом в мкг/мл

Форма заболевания	До лечения				После лечения		
	M	$\pm m$	P _I	P _{II}	M	$\pm m$	P _I
ХАБ (n=14)	0,10	0,06	>0,1	>0,1	0,07	0,03	>0,1
АБА (n=11)	0,14	0,01	<0,001	>0,05	0,11	0,02	<0,02
ИАБА ₁ (n=10)	0,12	0,01	<0,001	<0,05	0,09	0,01	<0,05
ИАБА ₂ (n=16)	0,19	0,01	<0,001	<0,001	0,12	0,01	<0,001
ИАБА ₃ (n=10)	0,28	0,02	<0,001	<0,001	0,13	0,01	<0,001
СБА ₁ (n=10)	0,09	0,02	<0,05	>0,1	0,07	0,01	>0,05
СБА ₂ (n=18)	0,14	0,03	<0,01	>0,1	0,10	0,01	<0,001
СБА ₃ (n=14)	0,22	0,01	<0,001	<0,05	0,16	0,02	<0,001
Контроль (n=20)	0,05	0,01					

Примечание. P_I — достоверность различия с контролем,

P_{II} — достоверность различия до и после лечения

Таким образом, проведенные исследования выявили выраженную дисиммуноглобулинемию и гипергистаминамию в фазе обострения ХАБ и БА, заметно сглаживающиеся после лечения. Показана однотипность изменений иммуноглобулинов и гистамина в крови у больных ХАБ и БА. Выявлена обратная корреляция между концентрациями IgA и IgG, с одной стороны, и гистамина — с другой при преобладании (ХАБ), инфекционно-аллергической и смешанной формах БА. Отличительной особенностью АБА₁ является большая гипергистаминамия и выраженность дефицита IgA, чем при СБА и ИАБА легкого течения.

Кафедра терапии ПСС факультетов
Ереванского медицинского института

Поступила 2/IV. 1985 г.

У. 2. ՆԱՐԻՄԱՆՈՎ, Ա. Կ. ԵՂՈՅԱՆ, Վ. Գ. ԱՄԱՏՈՒՆԻ

ԴԻՄԻՄՈՒՆՈԳՆՈՐՈՒԿԻՆԵՄԻԱՆ ԵՎ ՀԻՊԵՐՀԻՍԱՄԻՆԵՄԻԱՆ ԲՐՈՆԽԻԱԼ
ԱՍԹՄԱՅՈՎ ԵՎ ԽՐՈՆԻԿԱԿԱՆ ԱՍԹՄԱՏԻԿ ԲՐՈՆԽԻՏՈՎ ՏԱՌԱՊՈՂ
ՀԻՎԱՆԴՆԵՐԻ ՄՈՏ

Բրոնխիալ ասթմայով և խրոնիկական բրոնխիտով տառապող հիվանդների
հետազոտություններից հայտնաբերվել է Ա, Մ, Գ կարգի շիճուկային իմուն-

նոգլոբուլինների կազմի խանգարումներ, և արյան հիստամինի մակարդակի բարձրացում: Յույց է տրված դիսիմունոգլոբուլինեմիայի և հիպերհիստամինեմիայի կապը հիվանդության ձևից, ընթացքի ծանրությունից, և ախտաբանական պրոցեսի փուլից (սրացում, ռեմիսիա): Պարզված է Ա և Գ կարգի իմունոգլոբուլինների և հիստամինի միջև հակադարձ կորելյացիոն կապ խորնիկական ասթմատիկ բրոնխիտով (նախաասթմա) հիվանդների և բրոնխիալ ասթմայի ինֆիկցիոն-ալերգիկ ու խառը ձևերի ժամանակ:

M. Z. NARIMANOV, A. K. YEGOYAN, V. G. AMATOUNI

DISIMMUNOGLOBULINEMIA AND HYPERHISTAMINEMIA IN BRONCHIAL ASTHMA AND CHRONIC ASTHMATIC BRONCHITIS

The data on the change of immunoglobulins of A,M,G classes and level of histamine in patients with bronchial asthma and asthmatic bronchitis are given.

The correct evaluation of the state of immunocompetent system in different forms of bronchial asthma and preasthma can become the basis for the correcting therapy.

Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Авербах М. М. Иммунологические аспекты легочной патологии. М., 1980.
2. Адо А. Д. Бронхиальная астма. М., 1969.
3. Адо А. Д. Частная аллергология. М., 1976.
4. Ковтюх Л. В. В кн.: Актуальные вопросы эпидемиологии и инфекционных болезней. М., 1975, с. 130.
5. Маянский А. Н. Ж. микробиол., эпидемиол. и иммунобиол., 1979, 5, с. 14.
6. Мещерякова С. А. Лаб. дело, 1971, 2, с. 103.
7. Федосеев Г. Б., Жихарев С. С., Лаврова Т. Р. Клеточные и субклеточные механизмы защиты и повреждения бронхов и легких. Л., 1980.
8. Фонталик Л. Д., Певницкий Л. А. Иммунологическая толерантность. М., 1978.
9. Чернух А. М., Фролов Е. П. Кожа. М., 1982.
10. Чернушенко Е. Ф., Когосова Л. С. Иммунология и иммунопатология заболеваний легких. Киев, 1981.
11. Гершеин М. Э. Бронхиальная астма. М., 1984.
12. Burrell R., Flanetry D., De Neep D. Am. Rev. Resp. Dis., 1974, 109, 106.
13. Mancini G., Carbonara A. O., Heremans J. F. Immunochemistry, 1965, 2, 235.

УДК 616.711.8:616.5—002

Л. У. НАЗАРОВ, Р. А. АМБАРЦУМЯН, Э. Б. АКОПЯН

ГНОЙНИЧКОВЫЕ ПОРАЖЕНИЯ КОЖИ ПРОМЕЖНОСТИ И КРЕСТЦОВО-КОПЧИКОВОЙ ОБЛАСТИ (обзор литературы)

Приведен обзор отечественной и иностранной литературы по гнойничковым поражениям кожи промежности, крестцово-копчиковой и ягодичной областей. Обсуждены вопросы дифференциальной диагностики данного заболевания, встречающегося как изолированно, так и в сочетании с проктологическими заболеваниями. Показана необходимость поиска рациональных методов лечения больных с регионарной пиодермией.

В практике проктолога нередко встречаются обширные пиодермические поражения промежности и крестцово-копчиковой области. Чаше