

мінералізацією. Так, у віковій групі 61-74 роки АГ виявляється в (52,3±3,2) % випадку, у віковій групі 36-60 років в (42,9±2,5) %, у віковій групі 22-35 років в (12,8±1,6) % обстежених. У молодих у віці 18-21 року АГ виявлялася всього в (0,6±0,2) % випадку. Порівняльний кореляційний аналіз отриманих даних показує, що між загальною мінералізацією питної води і виявленням АГ серед населення виявлено сильний, прямий зв'язок ( $r=0,82$ ), що є непрямим підтвердженням цього зв'язку. На нашу думку, при плануванні і проведенні заходів щодо попередження поширення і ускладнень АГ серед сільського населення потрібно враховувати цей факт.

**ВИСНОВКИ** 1. Виявлення АГ серед осіб молодого віку, що постійно проживають в сільській місцевості Південного Приаралля, досягає 20-34 %, причому показники чоловіків достовірно вищі, ніж показники жінок того ж віку.

2. У структурі призначень наявні в основному короткодіючі гіпотензивні лікарські засоби, що знижує контроль терапії з боку хворих. Спостерігається високий рівень кількості

серцево-судинних захворювань, що, ймовірно, зумовлено низьким рівнем ефективності терапії даної категорії хворих.

3. У сільській місцевості Хорезмської області, де спостерігається підвищена загальна мінералізація питної води, виявляється і високий відсоток виявлення АГ серед населення, порівняно з особами, що вживають питну воду з низькою загальною мінералізацією.

#### ЛІТЕРАТУРА

1. Международные рекомендации ВОЗ, Международного Общества по Артериальной Гипертензии (ВОЗ, МОАГ, 1999).
2. Шальнова С.А. Распространенность артериальной гипертензии в России. Информированность, лечение, контроль / С.А. Шальнова, А.Д. Деев // Профилактика заболевания и укрепление здоровья. – 2001. – № 2. – С. 3-7.
3. Stamler J. Blood pressure, systolic and diastolic, and cardiovascular risks. US population data / J. Stamler, R. Stamler, J.D. Neaton // Arch Intern Med. – 1993. – Vol. 153. – P. 598-615.
4. Reddy K.S. Coronary Heart Disease risk factors in an industrial population of North India / R.S. Reddy, P. Shan, U. // Can J Cardiol. – 1997. – № 13 (suppl B). – P. 1002.

УДК 617.7+616-006

Курбанов Х.А., Ісролов Р.І.

### ЧАСТОТА, ОСОБЛИВОСТІ ГІСТОГЕНЕЗУ ПУХЛИН ОЧЕЙ

Ургенський філіал Ташкентсько-медичної академії, м. Ургенч, Республіка Узбекистан

**ЧАСТОТА, ОСОБЛИВОСТІ ГІСТОГЕНЕЗУ ПУХЛИН ОЧЕЙ** – В очній ямці можуть зустрічатися всі види пухлин, які розвиваються у людини. Останніми роками спостерігається зростання метастатичних пухлин органа зору, що, ймовірно, пов'язано зі збільшенням тривалості життя онкологічних хворих. Потрібно конкретизувати класифікацію прогностично важливих варіантів пухлинного ураження очей з визначенням клініко-морфологічних проявів внутрішньоочних пухлин, з ураженням оптичного нерва, з поширенням процесу на тканини орбіти.

**ЧАСТОТА, ОСОБЕННОСТИ ГИСТОГЕНЕЗА ОПУХОЛЕЙ ГЛАЗ** – В глазнице могут встречаться все виды опухолей, развивающихся у человека. В последние годы наблюдается рост метастатических опухолей органа зрения, что, по всей вероятности, связано с увеличением продолжительности жизни онкологических больных. Требуется конкретизировать классификацию прогностически важных вариантов опухолевого поражения глаз с определением клинико-морфологических проявлений внутриглазных опухолей, с поражением оптического нерва, с распространением процесса на ткани орбиты.

**FREQUENCY FEATURES HISTOGENESIS CANCER EYE** – In the orbit can meet all kinds of tumors, developing in humans. In recent years there has been a growing body of metastatic tumors that are likely to be associated with increased life expectancy of cancer patients. Required to specify the classification of the important prognostic variants of tumor lesions eyes to the definition of clinical and morphological manifestations of intraocular tumors with lesion of optic nerve, with the proliferation of tissue in the orbit.

**Ключові слова:** очі, сітківка, пухлина, ретинобластома.

**Ключевые слова:** глаза, сетчатка, опухоль, ретинобластома.

**Key words:** the eye, retina, tumor, retinoblastoma.

**ВСТУП** Відомо, що боротьба за зниження захворюваності і смертності від злоякісних пухлин є однією з головних проблем охорони здоров'я. Незважаючи на помітне зниження смертності від злоякісних новоутворень у всьому світі, вона займає в економічно розвинених країнах друге місце у загальній структурі смертності, поступаючи лише перед смертністю від захворювань серцево-судинної системи.

У всьому світі щорічно реєструють 6,5 млн чоловік зі злоякісними пухлинами і вмирає від них 4,5 млн хворих. Показники смертності від злоякісних пухлин на 100 000 населення в 2005 р. становили у середньому у всьому

світі 186,4; в США – 177,3; в Англі – 253,8; в Японії – 124,7; в Росії – 306,3; в Узбекистані – 212,6. Спостерігається зростання показників захворюваності на злоякісні новоутворення легень, молочної залози, прямої кишки, а також очей [2, 4, 5].

У очній ямці можуть зустрічатися всі види пухлин, які розвиваються в людини. Перероджуються самі тканини очної ямки, розповсюджуються пухлини з сусідніх структур (з черепної, верхньої щелепи і т.д.), а також метастази з інших органів. Злоякісні пухлини очного яблука, повік і орбіти становлять близько 3 % від злоякісних пухлин усіх інших локалізацій. Серед новоутворень ока і його додаткового апарату значне місце займають внутрішньоочні пухлини, які становлять 33,7 %, що за частотою стоять на другому місці після пухлин повік, що становлять 52,5 %. Тільки 13,8 % припадає на пухлини кон'юнктиви, слізних залоз і тканин орбіти.

З первинних внутрішньоочних пухлин за частотою зустрічальності перше місце займають пухлини судинного тракту, які становлять 88,7 %, пухлини сітківки – 11,3 %. Показники захворюваності від злоякісних пухлин ока на 100 000 населення становлять: ретинобластома – 5,2; меланома – 0,7; карцинома кон'юнктиви – 0,6. У 89 % випадків ретинобластома діагностується до трьох років, в 98 % випадків – до п'яти років, пік діагностики захворювання – 2 роки. Хвороба однаково часто зустрічається як серед хлопчиків, так і серед дівчаток. На території Європи захворювання зустрічається майже в 4 рази рідше, ніж в Азії.

Останніми роками спостерігається зростання метастатичних пухлин органа зору, що, ймовірно, пов'язано зі збільшенням тривалості життя онкологічних хворих [3]. Проте вже у 1983 р. повідомили про виявлення метастазів в органі зору у 7,3 % хворих із злоякісними пухлинами інших органів [4].

Рання або своєчасна діагностика пухлин – це розпізнавання процесу на такій стадії, коли більшість хворих можуть бути виліковані від цієї недуги. На початкових ста-

діях злоякісної новоутворення, доброякісних пухлин і деякі непухлинні захворювання ряду органів у клінічних проявах мають багато загального, що природно утруднює диференціальну діагностику. У таких випадках тільки морфологічне дослідження дозволяє розпізнати дійсну природу захворювання.

Залишається маловивченим питання про частоту, гістогенез і патоморфологічні форми й клініко-морфологічні прояви доброякісних і злоякісних пухлин тканин очної орбіти і слизової оболонки очей. Також необхідно з'ясувати питання про характер зростання і розповсюдження, потенціалу злоякісності, інвазивності, рецидивування і метастазування офтальмологічних пухлин. Потрібно конкретизувати класифікацію прогностично важливих варіантів пухлинного ураження очей з визначенням клініко-морфологічних проявів внутрішньоочних пухлин, з ураженням оптичного нерва, з розповсюдженням процесу на тканини орбіти. Гістогенез багатьох пухлин очей, зокрема ретинобластоми, все ще спірний. Вірхов зазначав, що ретинобластома – це гліальна пухлина, проте сучасні автори вважають, що вона має нейроектодермальне походження. Необхідно вивчити сприяючі чинники, гістогенетичні порушення і дисонтогенетичні процеси сітківки, що призводять до розвитку ретинобластоми. Потрібно встановити гістологічні форми доброякісних і злоякісних варіантів ретинобластоми. Вважають, що меланома ока походить з увеального меланоциту. Разом з тим не вивчені питання передпухлинних процесів, які призводять до розвитку меланоми ока, часто локалізації і гістологічних форм меланоми.

З'ясування гістогенезу пухлини має велике значення не тільки для правильно морфологічної діагностики пухлини, але і для вибору і призначення обґрунтованого лікування. Відомо, що пухлини різного тканинного походження проявляють неоднакову чутливість до променевої терапії і хімічних препаратів. Гістогенез пухлини встановлюється за допомогою морфологічного вивчення будови і порівняння клітин пухлини з різними етапами онтогенетичного розвитку клітин органа або тканини, в яких розвинулася дана пухлина. У доброякісних пухлинах, побудованих з диференційованих клітин, гістогенез встановлюється порівняно легко, оскільки зберігається велика схожість між пухлинними клітинами та клітинами тканини або органа, з якого пухлина виникає. У злоякісних пухлинах, що ростуть з недиференційованих клітин, які втратили схожість з клітинами початкової тканини і органа, встановити гістогенез дуже складно, а іноді неможливо. Більшість пухлин очей належать до цієї групи неоплазм. Такого роду пухлини визначаються завдяки використанню нових сучасних методів дослідження: електронно-мікроскопічного, імуногістохімічного, гісто- і цитоферментохімічного і особливо експлантації тканин і тканинних структур [2].

Відомо, що в тканинах і органах зустрічається зона, яка складається з менш диференційованих клітин – клітин-попередників і частіше з'являються умови для розвитку клітинної гіперплазії, метаплазії і дисплазії з подальшою трансформацією в пухлину. Зазвичай пухлина виникає в таких ділянках тканин і органів, де в ході регенерації найінтенсивніше йде розмноження клітин – в так званих проліферативних центрах росту. Такі центри зустрічаються в периваскулярній тканині, в базальній зоні покривного епітелію, в криптах слизової оболонки.

У тканинах очного яблука проліферативні центри росту клітин можуть зустрічатися в будь-якій оболонці, де є судини, базальна мембрана і покривний епітелій. Очне яблуко має 3 оболонки: фіброзну (зовнішню), судинну (середню), сітківку (внутрішню).

Зовнішня оболонка – фіброзна, представлена рогівкою і склерою. Рогівка – передня прозора частина фіброзної оболонки. Рогівка власних судин не має, живлення – за рахунок судин лімба і вологи передньої камери ока. Складається

з шарів: передній епітелій рогівки – багатшаровий плоский неороговілий епітелій на базальній мембрані є високодиференційованим епітелієм, в нормі він не оновлюється, регенеративна активність базальнолежачих клітин пасивна, але є проліферативною зоною росту клітин, які можуть активізуватися при пошкодженнях.

Склера – щільна неоформлена волокниста сполучна тканина. Складається з колагенових волокон, в меншій кількості еластичних волокон, наявні фібробласти. Забезпечує міцність, виконує роль капсули органа. До склери кріпляться 6 окоругових м'язів. У ній знаходиться невелика кількість нервових закінчень і судин. Прозора рогівка в ділянці лімба переходить у непрозору склеру. Епітелій рогівки в крайовій зоні поступово переходить в епітелій кон'юнктиви ока. У тканині склери на місці з'єднання з рогівкою є невеликі неправильно форми розгалужені порожнини, які, з'єднуючись між собою, утворюють венозний синус склери – шоломів канал. Внутрішня поверхня склери контактує з райдушкою через гребінчасту зв'язку. У склері проліферативними зонами росту клітин можуть бути базальний шар кон'юнктивального епітелію, лімба, окружність шоломів каналу і межа склери з райдушкою.

Судинна оболонка очного яблука – є пухкою сполучною тканиною з великим вмістом кровоносних судин, меланоцитів. У передній частині судинна оболонка переходить у війкове тіло і райдужку. Забезпечує живлення сітківки. Судинна оболонка складається з трьох частин: власне судинної оболонки; циліарного (війчастого) тіла; райдужки. Головна функція власне судинної оболонки – живлення сітківки. Вона також бере участь в регуляції внутрішньоочного тиску. Пігмент, що міститься в цій оболонці, поглинає надлишок світла. У ній, починаючи зовні, розрізняють пластинки: надсудинну, судинну, судинно-капілярну і базальний комплекс. З них судинна пластинка є проліферативною зоною росту клітин, яка складається з артерій, що переплітаються, і вен, між якими розташовується сполучна тканина, що містить велику кількість пігментних клітин. Часто меланоцити є джерелом пухлини. Найпоширенішим місцем появи меланоми є задня судинна оболонка ока.

Сітківка очного яблука є основною зоною росту пухлин ока. Найчастіше ретинобластома росте з сітківки [1, 4]. Вірхов вказує, що ретинобластома – це гліальна пухлина, проте сучасні автори вважають, що ретинобластома має нейроектодермальне походження. Пухлина може розвиватися в будь-якому ядерному шарі сітківки. Пухлинні клітини мають гіперхромне ядро різних розмірів і маленьку цитоплазму. Пухлинні клітини мають різний ступінь диференціації. Мітотичні фігури численні. Знання будови і клітинного складу сітківки необхідне для визначення зони проліферативного росту клітин, джерела ретинобластоми, що пояснюється високою активністю регенерації клітин сітківки. Процеси фізіологічної регенерації палочкових і колбочкових клітин відбуваються дуже активно і постійно протягом всього життя. Щодо в кожній палочковій клітині вночі або в кожній колбочковій клітині вдень формується близько 80 мембранних дисків. Процес оновлення кожного палочкової клітини триває 9-12 днів.

**ВИСНОВКИ** 1. Серед новоутворень ока і його додаткового апарату значне місце займають внутрішньоочні пухлини, які становлять 33,7 %, що за частотою стоять на другому місці після пухлин повік, що становлять 52,5 %. Тільки 13,8 % припадає на пухлини кон'юнктиви, слізних залоз і тканин орбіти. З первинних внутрішньоочних пухлин перше місце займають пухлини судинного тракту, які становлять 88,7 %, пухлини сітківки – 11,3 %.

2. Передній епітелій рогівки – багатшаровий плоский неороговілий епітелій на базальній мембрані є високодиференційованим епітелієм, в нормі він не оновлюється, регенеративна активність базальнолежачих клітин пасивна, але є проліферативною зоною росту клітин пухлинного процесу.

3. У склері проліферативними зонами росту клітин можуть бути базальний шар кон'юнктивального епітелію, лімба, окружність шоломів каналу і межа склери з райдужкою.

4. У судинній оболонці судинна пластинка є проліферативною зоною росту клітин, які складаються з артерій, що переплітаються, і вен, між якими розташовується пухка сполучна тканина, яка містить велику кількість пігментних клітин. Часто меланоцити є джерелом пухлини. Найпоширенішим місцем появи меланоми є задня судинна оболонка ока.

5. Сітківка очного яблука є основною зоною росту пухлин ока. Найчастіше серед злоякісних пухлин ока зустрічається ретинобластома, яка росте з сітківки. Пухлина може розвиватися в будь-якому ядерному шарі сітківки.

ЛІТЕРАТУРА

1. Исламов З.С. Молекулярная диагностика ретинобластомы в узбекской популяции / З.С. Исламов, Е.В. Жмырко, Р.С. Мухамедов // V съезд онкологов и радиологов СНГ. – Ташкент. – 2008. – 56 с.
2. Краевский Н.А., Райхлин Н.Т., Тимофеевский А.Д. Гистохимическая диагностика опухолей орбиты / Н.А. Краевский, Н.Т. Райхлин, А.Д. Тимофеевский // Архив патологии. – 1996. – № 3. – С. 25-27.
3. Махкамов К.Э. Состояние паропатологической ткани в зависимости от гистологической структуры опухоли и фазы течения заболевания / К.Э. Махкамов, З.Л. Тухтабеков, Т.А. Вервекина // V съезд онкологов и радиологов СНГ. – Ташкент. – 2008. – 78 с.
4. Соловьев Н.П. Клинико-морфологические параллели ретинобластомы // Вопросы офтальмологии. – 1998. – № 2. – С. 56-58.
5. Юсупов Б.Ю. Динамика показателей заболеваемости злокачественных опухолей головы и шеи в условиях крупного промышленного региона Республики Узбекистан / Б.Ю. Юсупов // V съезд онкологов и радиологов СНГ. – Ташкент. – 2008. – 41 с.

УДК 616.34-022:616.995.132.8:612.017.1-053.2

Рахманова С.С., Нураліев Н.А., Машаріпов В.У.

**ПОРІВНЯЛЬНЕ ВИВЧЕННЯ ЦИРКУЛЮЮЧИХ В КРОВІ АНТИТІЛ ДО УМОВНО-ПАТОГЕННИХ ЕНТЕРОБАКТЕРІЙ У ЗДОРОВИХ ДІТЕЙ І ДОРОСЛИХ**

Ургенчський філіал Ташкентсько медично академі, м. Ургенч, Республіка Узбекистан

ПОРІВНЯЛЬНЕ ВИВЧЕННЯ ЦИРКУЛЮЮЧИХ В КРОВІ АНТИТІЛ ДО УМОВНО-ПАТОГЕННИХ ЕНТЕРОБАКТЕРІЙ У ЗДОРОВИХ ДІТЕЙ І ДОРОСЛИХ – Метою дослідження було визначення і оцінка рівня циркулюючих антитіл до умовно-патогенних ентеробактерій (УПЕ) у практично здорових дорослих і дітей. Вивчено 45 дорослих і 20 дітей раннього віку. Встановлені відмінності за частотою зустрічальності сироваткових антитіл в крові у дорослих. Специфічні антитіла до антигенів УПЕ були виявлені у 80 % обстежених дітей. Виявлені титри антитіл до антигенів УПЕ у дорослих мали широкий діапазон розкиду в середньому від 13 до 29 %. Виявлено, що у дітей раннього віку серонегативних показників в 2,5-3 рази більше, ніж серопозитивних сироваток зі всіма вивченими антигенами УПЕ. Із збільшенням віку досліджуваних дітей раннього віку рівень специфічного імунітету у вигляді антимікробних антитіл достовірно зростає.

СРАВНИТЕЛЬНОЕ ИЗУЧЕНИЕ ЦИРКУЛИРУЮЩИХ В КРОВИ АНТИТЕЛ К УСЛОВНО-ПАТОГЕННЫМ ЭНТЕРОБАКТЕРИЯМ У ЗДОРОВЫХ ДЕТЕЙ И ВЗРОСЛЫХ – Целью исследования было определение и оценка уровня циркулирующих антител к условно патогенным энтеробактериям (УПЭ) у практически здоровых взрослых и детей. Изучено 45 взрослых и 20 детей раннего возраста. Установлены различия по частоте встречаемости сывороточных антител в крови у взрослых. Специфические антитела к антигенам УПЭ были обнаружены у 80 % изученных детей. Выявленные титры антител к антигенам УПЭ у взрослых имели широкий диапазон разброса в среднем от 13 до 29 %. Выявлено, что у детей раннего возраста серонегативных показателей в 2,5-3 раза больше, чем серопозитивных сывороток со всеми изученными антигенами УПЭ. С увеличением возраста изученных детей раннего возраста уровень специфического иммунитета в виде антимикробных антител достоверно возрастает.

COMPARATIVE STUDY OF CIRCULATING ANTIBODIES IN BLOOD TO CONDITIONAL PATHOGENIC ENTEROBACTERIA IN HEALTHY CHILDREN AND ADULTS – The main purpose of the research was to determine and estimate the level of circulating antibodies to conditional pathogenic enterobacteria (CPE) in healthy children and adults. 45 adults and 20 children were examined. The distinctions in frequency of occurrence of serum antibodies in adult's blood were found. Specific antibodies to antigens of CPE in 80 % of examined children were revealed. Determined antibodies to antigens of CPE in adults had a wide range in average from 13 % to 29 %. It was determined that in children the seronegative indices 2,5-3 times as much as seropositive serum with all studied antigens of CPE. The level of specific immunity in form of antibacterial antibodies increases with growing of age in studied children.

**Ключові слова:** антитіла, ентеробактерії, здорові діти і дорослі.  
**Ключевые слова:** антитела, энтеробактерии, здоровые дети и взрослые.  
**Key words:** antibodies, enterobacteria, healthy children and adults.

**ВСТУП** Особливості рівня і спектра специфічних антитіл становлять істотний інтерес, вони генетично запрограмовані і визначають силу імунної відповіді макроорганізму і його сприйнятливості до інфекційних та інших захворювань [3, 4].

Критерієм етіологічно значущості умовно-патогенних бактерій слід вважати комплекс показників, серед яких один з найважливіших, – виявлення специфічних сироваткових антитіл до антигенів передбачуваного збудника. Помилково-позитивні результати за рахунок перехресно реагуючих антитіл в реакції аглютинації з автоштамом спостерігаються не більше ніж у 5-10 % здорових осіб і носіїв, і, за даними одних авторів, не перевищують для Н-антигену 1:10-1:20, а інших авторів 1:40 [1, 2, 5, 7]. Враховуючи вищевикладене, метою дослідження було визначити і оцінити рівень циркулюючих антитіл до умовно-патогенних ентеробактерій у практично здорових дорослих і дітей.

**МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ** Було протестовано 45 зразків сироваток крові, отриманих від практично здорових дорослих, що не виявляли скарг з боку шлунково-кишкового тракту і не мали в анамнезі гострих кишкових інфекцій. Вік обстежених був від 19 до 37 років. Серед них чоловіків було 21 (47 %), жінок – 24 (53 %). Для порівняння також було досліджено 20 сироваток крові, отриманих від здорових дітей раннього віку (від 4 до 24 місяці) при діагностичних дослідженнях. Їх розділили на 4 групи: 1-ша група – діти віком 4-6 місяців; 2-га група – 7-9 місяців; 3-тя група – 10-12 місяців і 4-та група – 13-24 місяці. Для дослідження сироваток крові на наявність антитіл до умовно-патогенних ентеробактерій (УПЕ) було достатньо 0,2-0,3 мл сироватки.

Культури мікроорганізмів були отримані з "Національно колекції мікроорганізмів інфекцій людини" НДІ епідеміології, мікробіології і інфекційних захворювань МОЗ РУз. Разом з культурами були отримані паспорти на штами бактерій, що містять основні характеристики. У роботі використовували 7 видів грамнегативних бактерій: E.coli – 004136, ATCC 25922; Proteus vulgaris – 003341, 7; Citrobacter freundii – 0028011, 27; Klebsiella pneumoniae – 000691, 691; Enterobacter aerogenes – 003696, 27-С;