

Введение ронколейкина в комплекс интенсивной терапии в раннем постшоковом периоде позволило улучшить результаты лечения, снизить частоту возникновения тяжелых инфекционно-висцеральных осложнений, а также профилактировать развитие сепсиса и тяжелой полиорганной патологии. Необходимо отметить, что воспалительный процесс у больных протекал менее интенсивно, патологические симптомы быстро купировались.

ПАТОГЕНЕТИЧЕСКАЯ ЦЕПОЧКА ИЗМЕНЕНИЙ ЖЕЛУДОЧНОЙ СЛИЗИ И АНТИОКСИДАНТНОЙ ЗАЩИТЫ ОРГАНИЗМА ПРИ ПРЕДОПУХОЛЕВЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ И РАКЕ ЖЕЛУДКА

Павлова¹ Н.Н., Кривова² Н.А., Карпов³ А.Б.

¹Городской клинико-диагностический центр, Тюмень,

²НИИ биологии и биофизики при ТГУ, Томск,

³Северский биофизический научный центр МЗ РФ,
Северск,

Рак желудка продолжает занимать ведущее место в структуре онкологической заболеваемости. В связи с этим представляет большой интерес поиск специфической природы взаимодействия клинимоρφологических изменений СОЖ и структуры желудочной слизи, системы антиоксидантной защиты организма на этапах формирования карциномы желудка, как с точки зрения вскрытия некоторых аспектов патогенеза рака желудка, так и для выделения критериев онкологического прогноза.

Целью исследования является комплексная оценка клинимоρφологических характеристик, изменений состава желудочной слизи, ее внеструктурных компонентов и нарушений в системе антиоксидантной защиты организма при хронических воспалительных, дегенеративных заболеваниях и раке желудка.

Материалы и методы исследования: В период с 1999 по 2002 год произведен ретроспективный анализ 588 амбулаторных карт поликлиник города Тюмени и архивных историй болезни онкологического диспансера больных раком желудка. Объектом исследования также являлись 114 человек, находившихся на амбулаторном лечении в Тюменском гастроэнтерологическом центре за период с 2000 по 2002 год.

В зависимости от нозологической формы заболевания, возраста, степени дисплазии и наличия метаплазии слизистой оболочки пациенты были разделены на четыре исследуемые группы, из которых - контрольную группу составили 15 условно здоровых лиц без заболеваний органов желудочно-кишечного тракта обоего пола (7 мужчин и 8 женщин) в возрасте от 45 до 55 лет (I группа); 36 больных с хроническим атрофически-гиперпластическим и полиповидным гастритом с дисплазией эпителия II-III степени и (или) кишечной метаплазией СОЖ - (ХГ), в возрасте от 48 до 56 лет (II группа); 33 больных язвенной болезнью желудка с дисплазией эпителия II-III степени и (или) кишечной метаплазией СОЖ - (ЯБЖ), в возрасте от 46 до 56 лет (III группа); 30 больных раком желудка - (РЖ), из них 6 больных с ранним раком

желудка (T₁N₀M₀) и 24 со стадией заболевания T₃N₀.₂M₀ в возрасте от 45 до 65 лет (IV группа). Из них 85 (78,4%) мужчин и 29 (21,6%) женщин. Всем пациентам проводилось исследование сыворотки и плазмы крови для определения уровня гликемии натощак и общей неферментативной антиоксидантной и антирадикальной активности. Во время эзофагогастродуоденоскопии получали биоптаты СОЖ (для морфологической верификации), проводился забор слизи желудка для последующего определения биохимического состава полимеризованных гликопротеинов желудочной слизи (гексозаминов, галактозы, фукозы, N-ацетилнейраминовой кислоты) и содержания ее внеструктурных компонентов (рН, нуклеиновых кислот, пепсина), а также антиоксидантной и антирадикальной активности хемиллюминиметрическим методом, описанным Е. Lissi и соавт. (1992), в модификации Н.А. Кривовой с соавт. (1999).

Результаты исследований: Анализ данных ретроспективного исследования показал, что при распределении по половым и возрастным категориям пациентов с раком желудка преобладают мужчины (62,4%) в возрасте от 40-79 лет, с пиком активности развития РЖ на 6 декаде жизни. Морфологически диагноз подтвержден у 361 пациента. Основными гистологическими формами явились варианты аденокарциномы (тубулярная, перстневидно-клеточная, сочетанная). Атрофия, кишечная метаплазия, дисплазия эпителия в околораковой зоне выявлены соответственно в 98,4%, 86,9%, 68,5%. Основным предопухольным заболеванием желудка в изучаемой популяции явился ХГ, на фоне которого прогрессировало развитие воспалительных и дегенеративных изменений до рака желудка, что объясняет возможность единого патогенетического механизма гастроканцерогенеза.

Выявлена зависимость между процентным парциальным составом отдельных моносахаров в общей характеристике строения олигосахаридных цепочек гликопротеинов желудочной слизи и характером заболевания. В ряду пациентов - условно здоровые, с заболеваниями ХГ, ЯБЖ, РЖ - наблюдается постепенное уменьшение уровня гексозаминов, последовательное увеличение N-ацетилнейраминовой кислоты и фукозы, повышение уровня галактозы по параболической кривой достигающей пика достоверных значений у больных РЖ.

Общая динамика изменения состава гликопротеинов желудочной слизи в ряду исследуемых групп свидетельствует о том, что данные заболевания представляют собой единый патогенетический процесс. Достоверное снижение у больных исследуемых групп уровня гликемии указывает на связь развивающихся нарушений с системой углеводного обмена организма.

В составе внеструктурных компонентов желудочной слизи у больных исследованных групп по сравнению с условно здоровыми лицами выявлено, что концентрация нуклеиновых кислот выше более чем в два раза у больных с ХГ и более чем в пять раз у больных с РЖ; регистрируется увеличение рН у больных РЖ; концентрация пепсина достоверно превышает таковую в контроле и прогредиентно возрастает по мере развития патологического процесса.

Антиоксидантная и антирадикальная активность слизи желудка и плазмы крови изменяется в зависимости от нозологической формы, причем данные показатели желудочной слизи у пациентов с РЖ достоверно значительно ниже уровня таковых в контроле.

Выявлена взаимосвязь между уровнями антиоксидантной и антирадикальной активности желудочной слизи и плазмы крови с показателями кислотопродуцирующей функции и уровнем гликемии у больных с предраковыми заболеваниями желудка. При ЯБЖ отмечена наибольшая корреляционная зависимость между антиоксидантной активностью и уровнем пепсина в желудочной слизи, что предполагает активацию механизмов антиоксидантной защиты при фармакологической коррекции данного заболевания.

Гастритические и язвенные поражения СОЖ с диспластическими изменениями эпителия в 62% и 55% соответственно сочетались с низкой антирадикальной активностью желудочной слизи, долей гексоаминов, степенью гликозилирования, уровнем гликемии и высокими показателями пепсина, N-ацетилнейраминаовой кислоты и белка. В 20% случаев эти нарушения сочетались с низкой антиоксидантной активностью плазмы крови. Наиболее вероятно, что именно эта категория больных составляет группу с повышенным риском развития рака желудка.

СОВРЕМЕННЫЕ ПРОБЛЕМЫ МОРФОЛОГИЧЕСКОЙ НАУКИ И ОБРАЗОВАНИЯ

Павлович Е.Р.

*ИИК им. А.Л. Мясникова, РКНПК,
Москва*

Одним из направлений современной морфологии является изучение органов, тканей и клеток человека и экспериментальных животных с использованием количественного анализа всех структурных компонентов этих организмов. Такой подход превращает морфологию из традиционно описательной науки **в науку точную** с возможностью использования ее данных как базовых с одной стороны для целей корректной диагностики в повседневной практике патологоанатомических служб в интересах клинической медицины, а с другой для разработки новых экспериментальных моделей и оптимизации количественных подходов, а также автоматизации методов анализа в медико-биологических исследованиях. Вместе с тем преподавание морфологии человека осуществляется традиционными методами с использованием учебников, основанных на данных двадцати-тридцатилетней давности. То есть имеет место явное отставание практических учебных руководств от достижений современной, в том числе, основанной на количественном анализе макро- и микроструктур, морфологической науки. Подобная ситуация связана с тем, что мало кто из действующих исследователей согласится тратить время на написание учебника. В тоже время никто из преподавателей, не являясь специалистом во всех разделах преподаваемых дисциплин, не может написать авторский учебник, поэтому любой учебник – это

по большей части компиляция не всегда последовательная и компетентная. В качестве примера приведу современное состояние морфологических знаний по структуре проводящей системы сердца (ПСС) человека. Известно, что ПСС отвечает в органе за генерацию волны деполяризации в сердце и ее последовательное распространение по камерам органа, что ведет к ритмичному последовательному сокращению камер сердца и обеспечивает приток и отток от него крови.

Основными анатомическими образованиями ПСС являются: его ведущий пейсмейкер – синусный узел, атриовентрикулярный узел, межузловые специализированные проводящие пути, атриовентрикулярный пучок Гиса – дополнительный пейсмейкер сердца, ножки пучка Гиса в составе межжелудочковой перегородки, а также проводящие волокна папиллярных мышц и свободных стенок желудочков сердца. Изучение морфологии каждого из этих образований предполагает их идентификацию, то есть выделение из окружающего рабочего миокарда с учетом их топографии в органе с использованием корректных методов анализа. На глаз это не всегда возможно, особенно при исследовании аутопсийного материала. Нами было показано, что из-за неодинаковых по смертным изменениям проводящих и рабочих миоцитов ПСС, а также неодинаковых патологических (прижизненных) изменений проводящего и рабочего миокарда, видимые различия могут стираться, что является причиной частых заблуждений исследователей, принимающих изменившийся по разным причинам рабочий миокард за проводящий. В целях корректной диагностики прижизненных и посмертных изменений ПСС, а также для бесспорного различения проводящего и рабочего миокарда были разработаны количественные критерии идентификации проводящих и рабочих тканей сердца, их клеточных составляющих, их соединительной ткани со всеми ее компонентами и их регуляторных систем (нервный аппарат и микрососудистое русло). Такой подход позволит корректно определять, по крайней мере, клеточный состав узлов и пучков ПСС человека и животных. Вместе с тем из учебника в учебник по гистологии переходит миф о том, что клетки Пуркинье составляют основу периферической ПСС у человека. Еще в 1965 году (Truex and Smythe) показали, что типичные крупные клетки Пуркинье имеются в периферической ПСС только у копытных, китообразных и слонов, а у грызунов волокна Пуркинье формируют проводящие миоциты, имеющие более мелкие размеры по сравнению с приузловыми рабочими клетками. У приматов и хищных миоциты волокон Пуркинье имеют промежуточные между копытными и грызунами характеристики и существенно хуже отличаются от рабочих миоцитов. Вместе с тем, студентам показывают только клетки Пуркинье копытных, которые у человека не встречаются, даже не упоминая о межвидовых особенностях клеточного состава волокон Пуркинье. Поэтому, столкнувшись с системой преподавания морфологии человека в медицинских институтах, могу констатировать, что по некоторым разделам гистологии имеет место преподавание мифов.