

достоверно повышенными, а уровни ХСЛПВП и пониженными у обследованных больных и здоровых из опытной территории по сравнению с контрольной.

Определенный интерес представляют данные сравнительных исследований уровней содержания и соотношения макро- и микроэлементов в сыворотке крови больных и ПЗЖ. У больных ИБС и у ПЗЖ из опытной группы содержание в крови меди достоверно снижено, кремния, фтора, мышьяка и кадмия достоверно повышено по сравнению с данными у больных ИБС и ПЗЖ из контрольной группы. В то же время, у ПЗЖ были выявлены достоверные различия в уровнях содержания йода, цинка и молибдена в сыворотке крови.

Таким образом, представленные материалы дают основание полагать, что эколого-биогеохимические факторы среды обитания в разных районах Чувашской республики, обусловленные совершенно неодинаковыми геохимическими и гидрогеологическими материнскими горными породами, поддерживающими аномально-нерегулируемые уровни и соотношения макро- и микроэлементов в биогеохимической пищевой цепи в юго-западной части территории республики, могут способствовать формированию сердечно-сосудистой патологии среди населения через адаптационные сдвиги в липидном обмене и микроэлементном гомеостазе в организме практически здоровых жителей.

#### **ПАТОМОРФОЗ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА ПОД ВОЗДЕЙСТВИЕМ ЛИМФОТРОПНОЙ ХИМИОТЕРАПИИ**

Фаустов Л.А., Павленко С.Г., Сычева Н.Л.  
*ФГУ «Российский центр функциональной  
хирургической гастроэнтерологии РосЗдрава»,  
Кубанский государственный медицинский  
университет  
Краснодар, Россия*

Нами разработан способ проведения лимфотропной химиотерапии (ЛХТ), защищенный патентом на изобретение. Применение этого способа в клинике при лечении колоректального рака (КРР) дало положительный лечебный эффект - раковые опухоли уменьшались в объеме, приобретали подвижность, снижалась степень стенозирования прямой кишки. В связи с этим представлялось важным изучить структурные основы патоморфоза КРР, что позволит получить объективные морфологические критерии для анализа роли ЛХТ в комплексном лечении данной онкологической патологии.

57 больным КРР был проведен 5-дневный курс ЛХТ 5-фторурацилом в сочетании с лейковорином. Разовая доза для 5-фторурацила составляла 13 мг/кг массы тела, для лейковорина - 0,6 мг/кг. Процедуру лимфотропного введения хими-

определителей осуществляли 1 раз в сутки. Дополнительно пациенту ежедневно вводили фраксипарин по 0,3 мл подкожно 1 раз в сутки. Продолжительность курса ЛХТ составляла 5 дней.

Исходную гистологическую структуру КРР определяли в биопсийном материале, взятом у этих больных до проведения ЛХТ. Через 15 дней после окончания курса ЛХТ больным была проведена радикальная брюшно-промежностная экстирпация прямой кишки. В удаленном операционном материале гистологически исследовали саму опухоль и прилегающие к ней ткани прямой кишки.

Применили традиционный комплекс гистологических и гистохимических методов окраски биопсийного и операционного материала и, кроме того, окраску гистологических срезов альдегид-фуксином – хромотропом – анилиновым синим, а также альтиановым синим - нейтральным красным. Использовали методы морфометрии и статистической обработки количественных показателей.

#### **Результаты**

Нами установлено, что через 15 суток после окончания курса ЛХТ достоверно сократилась площадь, занятая паренхимой раковой опухоли с  $66\pm 3\%$  до  $49\pm 4\%$  ( $p < 0,001$ ). На месте погибшей опухолевой ткани определялись фиброзные поля с щелевидными полостями, частично выстланными уродливыми раковыми клетками, или же кистозные образования, заполненные слизью.

Сохранившиеся участки опухолевой ткани подверглись инкапсуляции. При этом в связи с гибелью периферических участков опухолевых разрастаний ликвидировались проявления инвазивного роста опухоли, а также отечность перитуморозных тканей. В пределах инкапсулированных гнезд раковой ткани выявлялись атрофически измененные раковые клетки, а иногда встречались многоядерные гигантские опухолевые клетки. Но наиболее характерным последствием ЛХТ была солидизация опухолевых структур, проявившаяся ростом светлых опухолевых клеток сплошной клеточной массой с тесным расположением светлых ядер, что свидетельствовало о снижении дифференцировки раковых клеток. В них отмечалось резкое снижение содержания ДНК. Достоверно возросла численность апоптотных ядер до  $16\pm 2\%$  против  $10\pm 1\%$  в интактных опухолях ( $p < 0,001$ ). Однако отмеченные разрастания опухолевых клеток не выходили за пределы инкапсулированных раковых гнезд, т.е. на момент исследования опухолевая ткань не проявляла своего инвазивного роста.

Выявленное нами снижение уровня дифференцировки опухолевых клеток свидетельствовало о повышении злокачественности, что явилось отражением опухолевой прогрессии, в основе которой лежит приспособительная изменчивость популяций опухолевых клеток и их естественный отбор. Поэтому ЛХТ не может выступать

как самостоятельный способ лечения КРР, а должна применяться как эффективный, предшествующий радикальной операции, этап лечения, уменьшающий объем раковой опухоли и ликвидирующий проявления инфильтрирующего роста, что важно в отношении предупреждения рецидива раковой опухоли.

### **ОСОБЕННОСТИ ПАТОМОРФОЗА ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ НА ТЕРРИТОРИИ ГОРОДА СТАВРОПОЛЯ**

Филипенко П.С., Бобровский О.Н.,  
Великородный Г.Г.

*ГОУ ВПО Ставропольская государственная  
медицинская академия*

*Кафедра внутренних болезней педиатрического и  
стоматологического факультетов  
Ставрополь, Россия*

Проблема наиболее распространенных и социально значимых заболеваний (к которым относятся и ЯБЖ, и ЯБДПК), в настоящее время, занимает одно из ведущих мест в ряду патологий, влияющих не только на индивидуальное, но и групповое, общественное здоровье. Формирование ряда нозологий, относящихся к вышеуказанной группе заболеваний, продолжается более двадцати лет и в настоящее время данный перечень увеличивается [Бобровский И.Н., 2005].

Наиболее информативным примером патоморфоза особо распространенных и социально значимых изменений является анализ возрастно-половой структуры и распространенности тех или иных нозологий.

Согласно инновационного подхода, с учетом позиций доказательной медицины, наиболее достоверно будет проанализировать и показать процесс патоморфоза на примере язвенной болезни, характерной для лиц, проживающих в пределах г. Ставрополя.

Язвенная болезнь (ЯБ) является хроническим циклическим заболеванием, при котором ремиссии сменяются обострениями, причем первые клинические проявления совпадают с образованием язвенного дефекта слизистой оболочки. Начало болезни у части больных бывает острым, у других – бессимптомным [Филипенко П.С., 2002]. У большинства больных ульцерогенезу предшествует комплекс функционально-морфологических или только функциональных расстройств в гастроудоденальной системе (хронический гиперацидный гастрит, гастродуоденит, дуоденит), называемых предъязвенным состоянием или доязвенной стадией ЯБ. У лиц молодого возраста язвенная болезнь, в ряде случаев, манифестирует кровотечением из язвенного дефекта.

В начале болезни симптоматика ЯБ весьма разнообразна, в связи с чем требуется детальное клиническое обследование таких больных.

В связи с этим анализу были подвергнуты истории болезни 5143 пациентов, находившихся на лечении в гастроэнтерологическом и хирургическом отделении МУЗ «2-я городская клиническая больница» г. Ставрополя за период с 2002 по 2004 гг.

При ретроспективном анализе архивного материала нами было установлено, что у 200 человек была диагностирована ЯБ желудка (ЯБЖ), а в остальных случаях ЯБ двенадцатиперстной кишки (ЯБДПК) (16% и 84% соответственно). При этом Нр - ассоциированная ЯБ была установлена в 43,5% случаев. Диагноз ЯБ устанавливался на основании комплексной оценки жалоб, анамнеза заболевания и объективного обследования пациентов, результатов лабораторного исследования, данных рентгенографии, эзофагогастродуоденоскопии (ЭФГДС) с последующей множественной прицельной ступенчатой биопсией и гистологическим (гематоксилин-эозин, пикрофуксин по Ван Гизону) и микробиологическим изучением биопсийного материала (окраска акридиновым оранжевым и по Романовскому-Гимзе). Для Н. pylori был использован уреазный тест и бактериоскопия мазков-отпечатков язвенного дефекта.

При расчетах относительных показателей использовалась общепринятая методика, регламентированная методологическим положением по статистике (1996) с использованием прикладных программ статистического анализа «STATISTICA 97/99» и «SPSS for Windows Release 8.0.0.».

Сравнительный анализ с аналогичными данными, предшествующих лет (1998-2002 гг.) позволил выявить статистически достоверный рост числа пациентов с изучаемыми нозологиями на всей территории Ставрополя (13,7% против 16% для ЯБЖ; 78,6% против 84% для ЯБДПК; 38,8% против 43,5% для Нр – ассоциированной ЯБ соответственно).

Анализ возраста пациентов, имеющих ЯБ, показал, что средний возраст больных составил  $25 \pm 2,35$  лет. При этом наибольшее количество больных как ЯБЖ, так и ЯБДПК было отмечено в возрастных группах до 20 лет и от 21 до 29 лет (171 человек). По мере увеличения возрастного ценза, количество пациентов, имеющих ЯБ, достоверно снижалось (таблица 1).

При изучении локализации язвенного дефекта выявлено, что имеется статистически достоверная разница между количеством пациентов с ЯБДПК над количеством пациентов, страдающих ЯБЖ (170 и 30 случаев соответственно,  $p < 0,01$ ).