

Были проведены морфологические исследования, заключающиеся в светооптическом изучении ПЖ после операции. Изучены препараты ПЖ от 50 больных с ДГПЖ.

Наиболее часто в наших исследованиях в 66% случаев встречался смешанный вид, в 20% аденоматозный и в 14% фиброзный или фиброзно-мышечный вид ДГПЖ.

При смешанной форме нодулярной ДГПЖ в 77,78% случаев отмечено наличие воспалительного инфильтрата с участием лимфоцитов, макрофагов и полиморфно-ядерных лейкоцитов (ПЯЛ), что свидетельствует о наличии хронического воспаления с признаками обострения.

Проведенные гистологические исследования в группе больных аденоматозной нодулярной ДГПЖ показали наличие хронического воспаления с признаками обострения как ДГТТЖ, так и в собственной ткани ПЖ, о чем свидетельствуют выявляемые в 75% случаев перигландулярные и периваскулярные очаговые или диффузные лимфогистиоцитарные инфильтраты с присутствием нейтрофилов. Дистрофические изменения, вплоть до апоптоза отдельных клеток эпителия, эндотелия свидетельствуют о достаточно сильном цитопатическом воздействии на эти клетки, что при сохранении адаптационного контроля приводит к программированной клеточной гибели.

Полиморфно-ядерные лейкоциты в инфильтратах, быстро реагирующие на внеклеточный чужеродный агент, являются морфологическими маркерами гиперчувствительности немедленного типа и обуславливают островоспалительный характер процесса. Лимфогистиоцитарная инфильтрация оценивается как защита от внутриклеточных агентов и относится к гиперчувствительности замедленного типа, обуславливает хроническое воспаление.

Значительное количество нейтрофилов в просвете желез в составе лимфогистиоцитарных инфильтратов является морфологическим обоснованием предоперационной противовоспалительной терапии тем более у лиц старше 60 лет с возрастным снижением активности иммунной системы.

ВОЗРАСТНЫЕ КРИТЕРИИ ОЦЕНКИ МОРФОГЕНЕЗА ТОНКОЙ И ТОЛСТОЙ КИШКИ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ТИПАХ ВСКАРМЛИВАНИЯ В ЭКСПЕРИМЕНТЕ

Молдавская А.А.

*Астраханская государственная
медицинская академия,
Астрахань*

Правомерность суждений о целесообразности изучения морфогенеза органов пищеварительной системы, в особенности на ранних этапах онтогенеза, подтверждается и тем, что в монографиях отечественных и зарубежных исследователей последних лет анализируются данные, касающиеся гистологического строения стенки тонкой и толстой кишки, в частности, лимфоидного аппарата. Ряд авторов (Борелло С.П., 1989; Ильясов А.С., 1997; Ражабов А.Б. 1997; Растегаева Л.И., 1997; Keneth J., Namara Mc, 1997;

Панфилов А.Б., 2000; Суворова Г.Н., 2000; Сапин М.Р., Никитюк Д.Б., 1998, 2002) акцентируют внимание на морфологических особенностях строения стенки отделов пищеварительной трубки при различном характере питания с учетом локализации лимфоидных образований в органах при создании экспериментальной модели у животных.

Не менее важной и актуальной проблемой в настоящее время является изучение структурных показателей и структурных сдвигов организма человека и животных в условиях мониторинга - оценки и прогнозирования окружающей среды. Несомненно, эта проблема имеет не только общебиологическое значение, но и определенный практический интерес и социальную направленность.

С целью изучения становления лимфоидного аппарата и морфологии стенки некоторых органов пищеварительного тракта (желудок, тонкая, толстая кишки, печень) в зависимости от смены питания был проведен эксперимент по искусственному вскармливанию, а именно введению прикорма в виде молочной смеси "Малютка" новорожденным крыскам. Были использованы 3 группы крысят линии "Вистар", из которых 2 группы - экспериментальные, 3-я - контрольная (в каждой группе - по 3 особи).

В I группе исследовались крысята, получающие смешанное питание; во II группе - крысята, находящиеся на искусственном вскармливании; III группа - получала естественное вскармливание.

Обобщая результаты исследования строения стенки тонкой кишки у крысят 7-30-дневного возраста при естественном характере питания, можно констатировать, что у этих особей рельефно выделяются складки и ворсинки, выстланные однослойным цилиндрическим эпителием с наличием бокаловидных клеток.

Ворсинки отличаются различными параметрами длины (154-308 мкм), высоты, ширины (77 мкм) и неодинаковой густотой расположения.

Характерным морфологическим признаком стенки тонкой кишки является наличие секреторных отделов кишечных желез, расположенных в собственной пластинке слизистой в 14-17 "этажей". Отмечается также присутствие лимфоидных скоплений диффузной формы (размерами 123,2x46,2 мкм), ориентированных по периметру тонкой кишки, наличие артериальных сосудов (капилляров) как внутри ворсинок, так и в подслизистой основе.

Суммируя данные, полученные при создании экспериментальной модели на крысках 7-21-30 дней после рождения при естественном питании, считаем возможным прийти к заключению, что в толстой кишке хорошо развиты слои стенки. Складки слизистой оболочки выстланы однослойным цилиндрическим эпителием, в котором четко выделяются бокаловидные клетки. Наружная поверхность крипт и секреторных отделов кишечных желез выполнена также однослойным цилиндрическим эпителием, содержащим бокаловидные экзокриноциты, число которых превалирует количество бокаловидных клеток в тонкой кишке. Число рядов в секреторных отделах кишечных желез составляет 6-7. Отмечается вариабельность формы секреторных отделов кишечных желез

(77,6-308 мкм), а также полигональная форма бокаловидных клеток, имеющих цитоплазму и темноокрашенные ядра. Параметры крипт и ворсинок составляют 616-770 мкм; 46,2 мкм, расстояния между ними варьируют - 107,8 мкм. В мышечной оболочке гладкомышечные клетки ориентированы как в продольном (толщина продольного слоя равна 46,2 мкм), так и в циркулярном (толщина кругового слоя составляет 77,0 мкм) направлениях. Лимфоидные узелки располагаются в брыжейке и в области илеоцекального угла; определяются также артериальные и венозные сосуды.

У крысят 7, 21 и 30-дневного возраста в зависимости от смены вскармливания (естественное, смешанное, искусственное) в стенке тонкой и толстой кишки происходят морфо-функциональные изменения, охватывающие 3 стадии процесса адаптации к характеру питания.

При естественном вскармливании иммунный статус определяется наличием лимфоидных образований в стенке тонкой и толстой кишки, а также в брыжейке (диффузная лимфоидная ткань, лимфоидные узелки, лимфоидные бляшки). В период лактационного кормления крыс формируются и усложняются лимфоидные образования, обеспечивающие защиту стенки отделов тонкой и толстой кишки в реализации реакций местного иммунитета.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ПРОСТАГЛАНДИНОВ E₂ И F_{2α} В СЫВОРОТКЕ КРОВИ И ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЕ ИХ ЗНАЧЕНИЕ ПРИ ПЕРВИЧНОЙ ДИСМНОРЕИ У ДЕВОЧЕК И ДЕВУШЕК-ПОДРОСТКОВ

Мосолов К.В., Кушнарева Н.Ф.,
Осин А.Я., Ишпахтин Ю.И.

*ГОУ ВПО «Владивостокский государственный
медицинский университет Минздрава РФ»,
Владивосток*

Цель настоящего исследования состояла в изучении содержания простагландина E₂ и простагландина F_{2α} (ПГЕ₂ и ПГФ_{2α}) в сыворотке крови у девочек и девушек-подростков с первичной дисменореей (ПД) и их практически здоровых сверстниц для выяснения их роли в патогенезе этой патологии и возможного использования их показателей в диагностике и оценке эффективности лечения.

Нами было произведено определение ПГЕ₂ и ПГФ_{2α} радиоиммунологическим методом после разделения их на колонках с кремневой кислотой в сыворотке крови девочек и девушек-подростков основной группы, больных ПД (165 человек) и контрольной группы (55 человек) практически здоровых их сверстниц с нормальным течением менструального цикла в возрасте 12-18 лет. Определение простагландинов проводили в начале I-й фазы менструального цикла (на пике клинических проявлений заболевания) и в начале II-й фазы менструального цикла (на 16-18-й день).

Результаты исследования содержания ПГЕ₂ и ПГФ_{2α} в сыворотке крови девочек и девушек-подростков контрольной и основной групп в зависи-

мости от фазы менструального цикла достоверно отличались по ряду параметров. Уровень ПГЕ₂ у обследованных контрольной группы в I-ю фазу менструального цикла составил 64,5±6,1 нмоль/л, содержание цГМФ достигало 51,8±4,9 нмоль/л, соотношение содержания ПГЕ₂/ПГФ_{2α} равнялось 1,25±0,13. При анализе лабораторных данных отмечено, что содержание ПГЕ₂ в сыворотке крови обследованных девочек и девушек-подростков основной группы в I-ю фазу менструального цикла достоверно увеличилось в 2,3 раза (p < 0,001) по сравнению с его содержанием у обследованных контрольной группы. Концентрация ПГФ_{2α} в сыворотке крови больных ПД I-ю фазу менструального цикла (МЦ) достоверно увеличилось в 2,4 раза (p < 0,001) по сравнению с показателями контрольной группы. Соотношение ПГЕ₂/ПГФ_{2α} достоверно не изменялось (p > 0,5).

Концентрация ПГЕ₂ в сыворотке крови у обследованных основной группы во II-ю фазу цикла достоверно не изменялась (p > 0,1). Уровень ПГФ_{2α} во II-ю фазу цикла достоверно увеличился в 1,6 раза (p < 0,01). Соотношение ПГЕ₂/ПГФ_{2α} сыворотки крови девочек и девушек-подростков больных ПД во II-ю фазу цикла достоверно не изменялось (p > 0,2).

При сравнении уровня ПГЕ₂, ПГФ_{2α} и их соотношения у пациенток основной группы в I-ю и во II-ю фазы менструального цикла установлено их различие. Концентрация ПГЕ₂ в I-ю фазу МЦ по сравнению со II-й достоверно увеличивается в 1,3 раза (p < 0,05). Содержание ПГФ_{2α} в I-ю фазу МЦ по сравнению со II-й достоверно повышается в 1,6 раза (p < 0,01). При сравнении соотношения ПГЕ₂/ПГФ_{2α} среди пациенток основной группы в I-ю и во II-ю фазы менструального цикла достоверных изменений не выявлено (p > 0,05).

Концентрации ПГЕ₂, ПГФ_{2α} и их соотношение в сыворотке крови закономерно изменяется в зависимости от степени тяжести ПД у пациенток основной группы. Из полученных данных видно, что происходит увеличение содержания ПГЕ₂ и ПГФ_{2α} в зависимости от степени тяжести ПД. При сравнении результатов исследования выяснилось, что при I-й степени тяжести уровень ПГЕ₂ увеличивается в 1,1 раза (p < 0,001), содержание ПГФ_{2α} повышается в 1,2 раза (p < 0,001) по сравнению с 0-й степенью тяжести. Соотношение ПГЕ₂/ПГФ_{2α} достоверно не изменяется (p > 0,5). При II-й степени тяжести уровень ПГЕ₂ возрастает в 1,2 раза, уровень ПГФ_{2α} возрастает в 1,1 раза по сравнению с I-й степенью тяжести (p < 0,05, p < 0,05). Соотношение ПГЕ₂/ПГФ_{2α} достоверно увеличивается в 1,1 раза (p < 0,05). При III-й степени тяжести концентрация ПГЕ₂ в сыворотке крови возрастает в 1,1 раза, уровень ПГФ_{2α} увеличивается также в 1,1 раза по сравнению со II-й степенью тяжести ПД (p < 0,05, p < 0,05). Соотношение ПГЕ₂/ПГФ_{2α} достоверно не изменяется (p > 0,5) по сравнению с аналогичным показателем при II-й степени тяжести.

Итак, полученные данные убедительно подтверждают значение простагландинов в патогенезе ПД и тяжести ее течения у девочек и девушек-подростков.