

Были обследованы больные РМЖ: в пременопаузе – менструальный цикл отсутствует менее 1 года ($n = 7$), возраст $48 \pm 3,3$; в менопаузе более 5 лет ($n = 20$), возраст $63,6 \pm 1,8$ лет. Уровень 2-, 16-гидроксиметаболитов определяли в крови, моче и опухолевой ткани методом ИФА.

Опухолевая ткань молочной железы, у больных РМЖ вне зависимости от длительности менопаузы, характеризовалась повышением в 6,4–6,7 раз 2ОНЕ1 и в 9,7–10 раз 16ОНЕ1. Коэффициент 2ОН/16ОН был снижен в 1,5–1,8 раз, по сравнению с нормой. В крови женщин больных РМЖ, вне зависимости от длительности менопаузы уровень 2-ОНЕ1 был снижен в 1,5–1,6 раз, а 16-ОНЕ1 повышен в 2 раза по сравнению с нормой. Соотношение 2ОН/16ОН снизилось в 2,7–3 раза, по сравнению со здоровыми женщинами. Уровень метаболитов эстрогена в моче у пременопаузальных пациенток превышал норму в 2,5 раза – 2ОНЕ1 и в 3,7 раз – 16ОНЕ1, 2ОН/16ОН был снижен в 1,5 раз. У менопаузальных больных РМЖ: у 60% женщин уровень 2ОНЕ1 был снижен в 1,6 раз, в то время как у 40% – превышал норму в 2 раза. У 75% пациенток концентрация 16ОНЕ1 превышала показатели нормы – в 2,7 раза, тогда как у 25% – не отличалась от показателей в контрольной группе. Однако у всех менопаузальных женщин больных РМЖ коэффициент соотношения 2ОН/16ОН был ниже нормы: у 55% в 1,3 раза, а у 45% – в 3,5 раза.

Выявили однонаправленные изменения в коэффициенте 2ОН/16ОН у больных РМЖ вне зависимости от длительности менопаузы, как в опухолевой ткани так и в биологических жидкостях (кровь и моча), что может служить диагностическим критерием для выявления данной патологии.

ТРИПСИНОПОДОБНЫЕ ПРОТЕИНАЗЫ И КИНИНОВАЯ СИСТЕМА В ПЛАЗМЕ КРОВИ ПРИ РАКЕ ЖЕЛУДКА И ЛИМФОМЕ СЕЛЕЗЁНКИ

Козлова Л.С., Франциянц Е.М., Маслов А.А., Малинин С.А., Горина И.И.

ФГБУ «Ростовский научно-исследовательский онкологический институт» Министерства здравоохранения РФ, Ростов-на-Дону, e-mail: super.gormon@yandex.ru

При онкологических заболеваниях полых (например, желудка) и паренхиматозных (например, селезёнки) органов их функции нарушаются в результате развития отёка, ишемии, при этом важную роль может играть активация протеиназ, в частности трипсиноподобных (АТП) и калликреин-кининовой системы (ККС).

Материалы и методы. В плазме крови 26 больных раком желудка (РЖ, $T_2N_0M_0$) и 22 лимфомой селезёнки (ЛС, $T_2N_0M_0$) исследовали АТП, калликреин (К), прекалликреин (ПК),

карбоксипептидазу N (КПН) спектрофотометрическими методами. Результаты сравнивали с данными плазмы крови 32 практически здоровых доноров. Медиана возраста $47,2 \pm 3,4$ лет.

Результаты. Гендерных и возрастных различий не установлено. При РЖ и ЛС АТП была выше нормы в 1,6 и 2 раза, но при ЛС выше, чем при РЖ, на 27,8% ($p < 0,01$). Баланс АТП/К при РЖ был ниже нормы в 1,8 раза, а при ЛС – в 1,2 раза, что, при достоверном превышении нормы составляющими коэффициента, предполагает преимущество АТП в развитии ЛС. Активность К при РЖ и ЛС одинаково превышала норму в 2,7 раза в обеих группах, ПК был в 2 раза ниже нормы как при РЖ, так и при ЛС. Содержание ПК при обоих заболеваниях было близким к истощению, но при ЛС в большей степени ($p < 0,01$). Баланс ПК/К был ниже нормы: в 4,9 раза при РЖ и в 5,7 раза при ЛС, но при РЖ ПК/К был выше, чем при ЛС на 15,4% ($p = 0,05$), что подтверждало большую степень истощения ККС при ЛС. Активность КПН при РЖ и ЛС была снижена в 2,6 и 2,3 раза, соответственно, сравнительно с нормой. Сравнение изменений ККС плазмы крови при РЖ с данными ЛС между собой и относительно здоровых доноров, показало их очевидное сходство. Различия обнаружены только в АТП, которая оказалась при ЛС значительно выше, чем при РЖ, с высокой степенью достоверности.

Выводы

1. Тип реагирования ККС при развитии неоплазмы полых и паренхиматозных органов на примере РЖ и ЛС один и тот же.

2. На стадии T_2 активация трипсиноподобных протеиназ играет более существенную роль в патогенезе ЛС, чем в развитии РЖ.

ВИДОВЫЕ ОСОБЕННОСТИ ТОПОГРАФИИ ЛИМФАТИЧЕСКИХ УЗЛОВ В БАССЕЙНЕ ЧРЕВНОЙ АРТЕРИИ У ДЕГУ

Петренко В.М.

Санкт-Петербург, e-mail: deptanatomy@hotmail.com

Я сравнил лимфоузлы (ЛУ) в бассейне чревной артерии у дегу, белой крысы и морской свинки. У всех этих грызунов определяются следующие ЛУ данной группы:

1) печеночные ЛУ – 2 небольших около воротной вены печени, по ходу печеночной артерии, у крысы – реже 1 крупный, непарный у морской свинки – самый крупный ЛУ в бассейне чревной артерии;

2) панкреатические ЛУ – 2, расположены по ходу селезеночных артерий и вены, около краниального края тела поджелудочной железы, дорсальнее большой кривизны желудка, у дегу – оба небольшие, у крысы – оба крупные, у морской свинки – 1 правый, более крупный, находится около основания правой каудальной

ветви хвоста поджелудочной железы, и 1 левый, небольшой, лежит у основания краниальной ветви хвоста поджелудочной железы, с правой стороны, около желудочных ветвей селезеночной артерии;

3) селезеночные ЛУ – очень маленькие, самые мелкие висцеральные ЛУ брюшной полости, у дегу и у крысы – 2, у морской свинки – 1–2, находятся около ворот селезенки, между двумя ее краниальными венами;

4) желудочный или инфрапилорический ЛУ – небольшой, у дегу (1) и морской свинки (2) лежит между пилорической частью желудка и луковицей двенадцатиперстной кишки, у крысы (1) – справа от пилоруса и каудальнее.

Указанные ЛУ можно рассматривать как периферические в группе ЛУ чревной артерии, поскольку размещаются вдоль ветвей чревной артерии. Центральным в данной группе пред-

ставляется чревной ЛУ. Только у морской свинки (1–2 мелких) он определяется около чревной артерии. У крысы чревной ЛУ (1 небольшой) смещен на начало желудочно-селезеночной артерии. У дегу гомологичный околоортальный ЛУ я обнаружил рядом с короткой чревнобръежной артерией – общий ЛУ для краниальной брыжеечной и чревной групп ЛУ. Число ЛУ в бассейне чревной артерии у рассматриваемых грызунов отличается незначительно: у крысы – 6–7, у морской свинки – 6–9, у дегу – 8, хотя отмечается слабая тенденция к увеличению числа ЛУ в этом ряду, что совпадает с постепенным уменьшением печени. Небольшая видовая вариативность числа и топографии этих ЛУ коррелирует скорее с небольшими вариациями регионального органогенеза у данных животных, если сравнивать с их кишечником и брыжеечными ЛУ.

Медицинские науки

ВЫБОР МЕТОДА ИССЛЕДОВАНИЯ И ВЕРИФИКАЦИИ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ ОБЪЕМНЫХ ОБРАЗОВАНИЙ ПЕЧЕНИ У ДЕТЕЙ

¹Дударев В.А., ¹Дударев А.А., ²Фокин Д.В.

¹ГБОУ ВПО КрасГМУ

им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого Минздрава России;

²Городская клиническая больница № 20

им. И.С. Берзона, Красноярск,

e-mail: dudarev-va@yandex.ru

К развитию очаговых изменений в печени приводят: локальный воспалительный процесс и его последствия, новообразования различного генеза, дегенеративно-диспластические поражения, нарушения кровообращения (ишемические и геморрагические), кисты [1, 2].

Воспалительные очаги могут быть обусловлены как бактериальным (специфическим и неспецифическим), так и небактериальным поражениями. Неспецифическое бактериальное воспаление чаще всего обусловлено кокковой флорой (стафилококк, стрептококк, гонококк, менингококк), специфическое бактериальное – микобактериями туберкулеза. Очаговым проявлением бактериального воспалительного процесса бывает, как правило, формирование абсцесса. Причины развития небактериального воспаления – вирусы, простейшие, гельминты, паразиты, грибковое поражение. Формирующиеся при этом очаги могут иметь самый различный вид и распространенность [1].

При ишемических нарушениях кровообращения развивается ишемический очаг, состоящий из некротизированной ткани, при резорбции которой может сформироваться киста. При локальных геморрагических нарушениях кровообращения формируется гематома, при лизисе которой также образуется киста. К дегенера-

тивно-диспластическим поражениям относят первичные атрофические изменения в органах, первичный очаговый фиброз и склероз [1]. Кистозные образования могут иметь также первичное происхождение.

Все новообразования подразделяются на доброкачественные и злокачественные. Доброкачественные опухоли состоят из клеток, в такой мере дифференцированных, что почти всегда можно определить, из какой ткани они растут. Характерны тканевый атипизм опухоли, ее экспансивный и опухолевый рост. Опухоль обычно не оказывает общего влияния на организм и, как правило, не дает метастазов. Злокачественные опухоли состоят из мало- или недифференцированных клеток; они утрачивают сходство с тканью (органом), из которой исходят. Характерны клеточный атипизм, инфильтрирующий и быстрый рост опухоли. Степень злокачественности опухолей определяется степенью дифференцировки формирующих ее клеток.

Ультразвуковое исследование (УЗИ) является ведущим в скрининге, диагностике очаговой патологии печени [1, 2, 3]. Исследования, касающиеся роли УЗИ в определении природы выявляемых изменений, в основном посвящены частным вопросам – изучению васкуляризации методами цветового доплеровского картирования, энергетического картирования (ЦДК, ЭДК), эхоконтрастного усиления, тканевой гармонии [4, 5]. Целью работы было уточнение возможностей ультразвукового исследования в определении доброкачественности или злокачественности очаговых поражений печени с использованием всех имеющихся на сегодняшний день методик, оценивался вклад каждой из них в решение этой задачи.

Сосуды в доброкачественных опухолях имеют упорядоченное строение. Стенка артериаль-