ИЗМЕНЕНИЕ СОСТОЯНИЯ ФИБРИНОЛИЗА И ПРОТЕОЛИЗА ПРИ ОПЕРАТИВНОМ ЛЕЧЕНИИ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ГИПЕРПЛАЗИИ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

А.С.Федорук, К.А.Владыченко

Резюме. Проведено исследования динамики показателей протеолитической и фибринолитической активности плазмы крови при оперативном лечении пациентов с доброкачественной гиперплазией предстательной железы. Оперативное вмешательство выполнялось в объёме – трансуретральная резекция предстательной железы. Выяснены особенности состояния фибринолиза и протеолиза во время интра- и послеоперационного периодов. Проведено анализ состояния фибринолиза и протеолиза плазмы крови у пациентов с доброкачественной гиперплазией предстательной железы и контрольной группы, в которую были включены мужчины идентичного возраста.

Ключевые слова: доброкачественная гиперплазия предстательной железы, трансуретральная резекция, протеолиз, фибринолиз.

CHANGES OF THE STATE OF FIBRINOLYSIS AND PROTEOLYSIS IN SURGICAL TREATMENT OF BENIGN PROSTATE HYPERPLASIA

O.S.Fedoruk, K.A.Vladychenko

Abstract. The authors have investigated the dynamics of the parameters for the proteolytic and fibrinolytic activity of the blood serum in case of operative treatment of patients with benign prostate hyperplasia. Surgical interference was performed to the extent of transurethral resection of the prostate gland. The peculiarities of the state of fibrinolysis and proteolysis during the intraoperative and postoperative periods have been ascertained. The state of proteolysis and fibrinolysis of the blood serum in patients with benign prostate hyperplasia and the control group, comprising men of identical age, has been analyzed.

Key words: benign prostate hyperplasia, transurethral resection, proteolysis, fibrinolysis.

Bukovinian State Medical University (Chernivtsi)

Рецензент – проф. Ю.Є.Роговий

Buk. Med. Herald. – 2007. – Vol.11, №3.- P.90-93

Надійшла до редакції 10.05.2007 року

УДК 616.361-002.3-07-08

С.Й.Хмельницький

ВИЗНАЧЕННЯ ТИПУ ДУКТОХОЛАНГІОПАТІЇ ФУКСИНОРАГІЧНИМ МЕТОДОМ ПАТОГІСТОЛОГІЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ ЗА НЕПРОХІДНОСТІ СПІЛЬНОЇ ЖОВЧНОЇ ПРОТОКИ НЕПУХЛИННОЇ ЕТІОЛОГІЇ

Кафедра хірургічних хвороб (зав. – проф. В.В.Скиба) Медичного інституту УАНМ, м. Київ

Резюме. Використана фуксинорагічна методика гістологічного дослідження біоптатів стінок спільної жовчної протоки в 670 оперованих осіб із механічною жовтяницею непухлинного походження. Визначені головні стереотипні патогістологічні ознаки зворотних і незворотних форм запально-дегенеративних змін у стінках спільної жовчної протоки, які покладені в основу визначення окремих типів дуктохолангіопатій, як складової холангіту.

Ключові слова: жовчні протоки, дуктохолангіопатії, фуксинорагічна методика.

Вступ. Для вирішення питання вибору обсягу і характеру оперативного втручання на жовчних протоках важливим є визначення стану головних морфофункціональних компонентів скорочувального апарату протокової стінки, які в нормі є визначальними і функціонально складовими її фізіологічного тонусу. Структурно такими є еластичний каркас та гладеньком'язові волокна [1].

Патологічні процеси в стінці протоки складають собою суть дуктохолангіопатій і є важливою складовою холангіту, як синдрому [2].

Мета дослідження. Розробити методику інтраопераційної патогістологічної діагностики типу дуктохолангіопатії за непрохідності жовчних шляхів і визначити типову кореляцію зі ступенем втрати головних компонентів скорочувального апарату протокової стінки.

Матеріал і методи. Морфологічний аналіз біоптатів стінок спільної жовчної протоки (СЖП) виконано в 670 оперованих осіб із механічною жовтяницею непухлинного походження за період з 1998 по 2005 роки. Взяття біопсійного матеріалу виконувалося інтраопераційно після холедохотомії як через куксу міхурової протоки, так і в супрадуоденальній частині СЖП.

Для визначення ранніх стадій альтерації гладеньком'язових клітин стінки СЖП і стану сполучної тканини вперше була використана оригінальна методика фарбування гістологічних зрізів ГОФП (гематоксилін-основний фуксин-пікринова кислота) і названа «фуксинорагічною». Із біопсій-

© С.Й.Хмельницький

Таблиця 1

Патогістологічні ознаки, виділені на основі фуксинорагічного методу дослідження, які характеризують окремі типи дуктохолангіопатій

Патогістологічні ознаки	Тип дуктохолангіопатії			
Фуксинофільність епітеліоцитів	+	+	+	+
Осередкова фуксинофілія епітеліоцитів	+	-	+	+
Дифузна фуксинофільність елементів підслизового шару з порушенням цілісності власної пластинки слизової оболонки	-	+	-	-
Фуксинофільність гладеньком'язових волокон судин	-	+	-	-
Стертість структури міоцитів з вираженою фуксинофілією гомогенізованої саркоплазми м'язового прошарку жовчної протоки	-	+	-	-
Фуксинофобність м'язових волокон судинної стінки	+	-	+	-
Задовільна збереженість еластичних волокон	+	-	-	-
Помірна колагенізація стінки протоки зі зменшенням кількості м'язових і еластичних волокон	-	-	+	-
Колагенізація стінки протоки за відсутності м'язових волокон і незначного збереження кількості еластичних волокон	-	-	-	+

Таблиця 2

Типи і форми дуктохолангіопатій, одержані фуксинорагічним засобом патогістологічного аналізу біоптатів протокової стінки в режимі експрес-методу дослідження

Тип дуктохолангіопатії	Патогістологічні ознаки	Ступінь втрати стінкою протоки морфологічних та функціональних елементів і зворотність патологічних змін
1-й тип: гостре запалення протокової стінки з початковим порушенням цитоплазматичних бар'єрів	Фуксинофілія елементів слизової оболонки і підслизового шару. Фуксинофобність м'язових волокон стінок судин і м'язових шарів протокової стінки. Незначна колагенізація стінки протоки з повним збереженням еластичних волокон	Повна збереженість головних скорочувальних елементів стінки жовчних проток. Зворотна форма
2-й тип: гостре запалення холедохеальної стінки з поетапною деструкцією головних скорочувальних морфофункціональних елементів	Фуксинофілія елементів слизової оболонки і підслизового шару з порушенням цілісності власної пластинки. Гомогенізація саркоплазми міоцитів з вираженою фуксинофілією гладеньком'язових волокон стінок судин і м'язових шарів протокової стінки	Початок деструкції і патологічної трансформації головних скорочувальних елементів стінок жовчних проток. Зворотна форма
3-й тип: хронічне запалення холедохеальної стінки з частковою втратою головних її скорочувальних елементів	Переважна фуксинофобність елементів слизової оболонки і підслизової основи включно гладеньком'язових шарів протокової стінки. Зменшення частки гладеньком'язових волокон у стінці протоки. Збільшення сполучнотканинного компонента зі збереженням еластичних волокон	Часткова втрата головних скорочувальних елементів стінки жовчних проток. Зворотна форма
4-й тип: хронічне запалення холедохеальної стінки з переважанням дегенеративно-атрофічних змін і повною втратою головних скорочувальних морфофункціональних елементів	Відсутність гладеньком'язових волокон у стінці протоки. Колагенізація і склероз стінки. Поодинокі поля еластичних волокон або повня їх відсутність	Повна втрата головних скорочувальних елементів стінок жовчних проток. Незворотна форма

ного матеріалу виготовляли кріостатні зрізи товщиною 10 мкм. Тривалість проведення експрес-аналізу становила 15 – 20 хв за умови організації сумісної роботи з клінічним патологом.

Результати дослідження та їх обговорення. При великому різновиді етіологічних причин холангіту і цілого комплексу альтеруючих протокову стінку чинників, у ній спостерігається однотипова патоморфологічна послідовність запально-дегенеративних змін. Так, фуксинорагічним методом патогістологічного аналізу біоптатів протокової стінки в режимі експрес-методу визначені основні стереотипні ознаки, притаманні окремим формам патологічних змін у стінках спільної жовчної протоки – первинно-запальних дуктохолангіопатій, які характеризувалися відмінностями в ступені запальної альтерації морфофункціональних компонентів протокової стінки (табл. 1).

Аналіз змін у стінках протоки запального пошкодження головних скорочувальних її елементів, часткової або повної втрати, а це у першу

чергу, м'язового і еластичного компонентів, дозволили діагностувати первинно-запальний тип дуктохолангіопатії. Принципово важливим для вибору характеру операції на жовчних протоках із відновлення, збереження або втрати автономності біліарної системи є своєчасна інформація про тип дуктохолангіопатії за формою – зворотна чи незворотна. (табл. 2).

Отже, патологічні зміни в стінці жовчної протоки, віднесені до першого типу первинно-запальної дуктохолангіопатії, представлені ознаками зворотного поверхневого запалення. Скорочувальні елементи стінки протоки не зазнали суттєвої запальної альтерації і у функціональному відношенні залишаються повністю збереженими. При такому стані ступінь короткочасної дилатації стінки і збільшення діаметра спільної жовчної протоки є повністю зворотним станом за умови своєчасної корекції причини порушення відтоку жовчі та ліквідації біліарної гіпертензії.

Для другого типу первинно-запальної дуктохолангіопатії характерні патогістологічні ознаки гострого запалення і поетапної деструкції головних скорочувальних морфофункціональних елементів протокової стінки. Форма патологічних змін залишається потенціально зворотною за своєчасної та адекватної терапії.

Для третього типу дуктохолангіопатії характерні зміни в протоковій стінці, які є патогістологічними ознаками хронічного рецидивного запалення. Комплексний морфологічний аналіз репрезентативної вибірки біоптатів підтверджує переважання при цьому часткову втрату холедохеальної стінкою головних скорочувальних компонентів, а значить і функції. Зміни в холедохеальній стінці, за формою, умовно зворотні.

Відмінними ознаками четвертого типу первинно-запальної дуктохолангіопатії є повна патологічна трансформація або відсутність головних скорочувальних компонентів у стінці протоки. Спостерігаються зміни, характерні для хронічного дегенеративно-атрофічного запального процесу в тканинах, колагенізація стінки протоки. У функціональному відношенні і за формою хронічного запалення зміни в протоковій стінці є незворотними.

Висновки

1. У структурі холангіту важливе місце займають запальні зміни в стінках жовчних проток, які поділяються на чотири типи первинно-запальної дуктохолангіопатії.

2. Визначення типу дуктохолангіопатії під час оперативного втручання має вирішальне значення для адекватного диференційованого вибору обсягу, характеру і технології операції.

3. Фуксинорагічний метод гістологічного дослідження дозволяє провести комплексну морфологічну оцінку зрізів експрес-методом і діагностувати тип і форму первинно-запальної дуктохолангіопатії інтраопераційно.

Перспективи подальших досліджень. Перспективним напрямком подальшого дослідження є створення програмних продуктів на основі корелятивних морфометричних методик і засобів інтраопераційної апаратної діагностики на основі імпедансометрії.

Література

1. Бобров О.Е., Семенюк Ю.С., Хмельницкий С.И. Корреляция визуально-инструментальных критериев оценки состояния желчных протоков и результатов интраоперационного гистологического исследования их стенок в дифференцированом выборе способа завершения холедохотомии // Хірургія України. – 2003. – № 1 (5). – С. 81 – 85.
2. Хмельницкий С.И. Дуктохолангиопатии // Новости медицины и фармации в мире. – 2006. – № 17(199) – С. 17 – 18.
3. Хмельницкий С.И. Дуктохолангиопатии // Новости медицины и фармации в мире. – 2006. – № 18(200). – С. 24 – 25.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ТИПА ДУКТОХОЛАНГИОПАТИИ ФУКСИНОРРАГИЧЕСКИМ МЕТОДОМ ПАТОГИСТОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ПРИ НЕПРОХОДИМОСТИ ОБЩЕГО ЖЕЛЧНОГО ПРОТОКА НЕОПУХОЛЕВОЙ ЭТИОЛОГИИ

С.И.Хмельницкий

Резюме. Использован фуксинорагический метод гистологического исследования биоптатов стенок общего желчного протока у 670 оперированных больных с механической желтухой неопухолевого происхождения. Установлены главные стереотипные патогистологические признаки обратимых и необратимых форм воспалительно-дегенеративных изменений в стенках общего желчного протока, которые положены в основу выделения отдельных типов дуктохолангиопатий, как составной части холангита.

Ключевые слова: желчные протоки, дуктохолангиопатии, фуксинорагический метод.

DEFINING THE TYPE OF DUCTOCHOLANGIOPATHY BY MEANS OF THE FUCHSINORRHAGIC METHOD OF A PATHOHISTOLOGIC INVESTIGATION IN CASE OF COMMON BILE DUCT OBSTRUCTION OF NONNEOPLASTIC ETHIOLOGY

S.Y.Khmel'nyts'kyi

Abstract. The fuchsinorrhagic technique of histological investigation of the biopsy material of the common bile duct wall in 670 operated persons with obstructive jaundice of nonneoplastic ethiology has been used. The chief stereotyped pathologic signs of reversible and irreversible forms of inflammatory-degenerative changes in the walls of the common bile duct have been established and they are assumed as a basis for defining individual types of ductocholangiopathies as a constituent of cholangitis.

Key words: bile ducts, ductocholangiopathies, fuksinorrhagic technique.

Medical Institute of UAFM (Kyiv)

Рецензент – проф. Р.І.Сидорчук

Buk. Med. Herald. – 2007. – Vol.11, №3.- P.93-96

Надійшла до редакції 4.04.2007 року

УДК 618.145-007.61:575

С.А.Цинтар, О.П.Пересунько

ЧИННИКИ АПОПТОЗУ В ЖІНОК ІЗ ГІПЕРПЛАЗІЯМИ ЕНДОМЕТРІЯ ЗАЛЕЖНО ВІД ОНКОЛОГІЧНОГО СПАДКОВОГО АНАМНЕЗУ

Кафедра онкології, променевої діагностики та променевої терапії (зав. – проф. Р.В.Сенютович)
Буковинського державного медичного університету, м. Чернівці

Резюме. Досліджені механізми апоптозу при гіперплазіях та раку ендометрія в жінок залежно від обтяженості онкологічного анамнезу. Вивчені в тканині ендометрія чинники апоптозу І типу – APOI/Fas (CD95), sFas-L, білок р-53 - поглиблюють наші уявлення про патогенетичні особливості гіперплазій ендометрія і їх схильності до малігнізації.

Ключові слова: гіперплазія та рак ендометрія, чинники апоптозу І типу, спадковий анамнез.

Вступ. Діагностика та прогнозування перебігу гіперпластичних процесів ендометрія викликають інтерес багатьох спеціалістів: морфологів, гінекологів, онкологів та ендокринологів [4]. Тому завдання, пов'язані з розробкою нових технологій ранньої діагностики гіперплазій ендометрія та диференційованої тактики їх лікування, сьогодні набувають першочергового значення у всьому світі [1,4].

Останні роки цією проблемою все більше цікавляться генетики. Це пов'язано з тим, що особливості патогенезу передраку та раку ендометрія визначаються ендогенними чинниками, ендокринно-метаболічними порушеннями та генетичною (спадковою) зумовленістю. Тому перспективним напрямом розвитку гінекології є вивчення ролі генетичного чинника в патогенезі та особливостях клінічного перебігу гіперплазій ендометрія [2,6].

На сьогодні лікарі-практики та вчені користуються єдиною концепцією двох патогенетичних варіантів гіперпластичних процесів ендометрія та раку тіла матки, вперше запропонованої Я.В. Бохманом ще в середині 60-х років [2] - I (гормонозалежного) та II (автономного). Клінічні, морфологічні, патогенетичні ознаки цієї патології Я.В.Бохманом оцінювалися без врахування досягнень онкогенетики [4,6]. Доповнення відомої класифікації гіперпластичних процесів ендометрія з врахуванням спадкового чинника може надати їй нового теоретичного та практичного значення, що допоможе практичному лікарювибрати раціональний план лікування.

Покищо не знайдено ідеального пухлинного маркера для діагностики гіперплазій та раку ендометрія [6,9].

Враховуючи, що останнім часом з'являється все більше наукових повідомлень щодо порушень механізмів апоптозу на генетичному рівні, доцільно дослідити зміни при гіперпластичних і неопластичних процесах ендометрія таких чинників апоптозу І типу, як APOl/Fas (CD95), sFas-L, білка р53 [3,5,7,8,10].

Розкриття механізмів апоптозу може мати важливе значення не тільки для поглиблення уявлень про роль запрограмованої загибелі клітин у підтримці нормального клітинного гомеостазу, але і в патогенезі гіперплазій ендометрія, а також для розробки сучасних діагностичних методів і терапевтичних засобів.

Мета дослідження. Визначити чинники апоптозу І типу в жінок, хворих на гіперплазію ендометрія, залежно від онкологічної спадкової обтяженості анамнезу.

Матеріал і методи. Під нашим спостереженням перебувала 41 жінка, хвора на гіперплазію ендометрія та 18 жінок – на рак ендометрія. У 18 жінок хворих на гіперплазію ендометрія, спадковий анамнез не обтяжений, у 16 жінок – у родоводах були родичі I ступеня спорідненості, хворі на рак різних локалізацій, 7 хворих – мали атипову гіперплазію ендометрія.

© С.А.Цинтар, О.П.Пересунько