

сальны для различных патологических состояний и являются структурной основой развития дисфункции мышечно-венозной помпы голени.

3. Одной из основных причин развития изменений в икроножной мышце является длительное повышенное гидростатическое давление в венах нижних конечностей, особенно при статических нагрузках в положении стоя.

4. Внутримышечные вены икроножной мышцы малого калибра следует считать важной структурно-функциональной единицей мышечно-венозной помпы голени. Эти вены обладают высокой пластичностью, в них происходят значительные изменения для адаптации и компенсации нарушенной функции икроножной мышцы.

5. Компенсаторно-приспособительные изменения в венах вследствие снижения их способности к сдавлению, носят относительный характер, зависящий от сократительной способности икроножной мышцы.

6. ХВН становится необратимым явлением при истощении компенсаторных возможностей, что особенно ярко выражено в возрастном аспекте.

Дальнейшее изучение механизмов и проявлений повреждающего действия различных факторов на структурные единицы мышечно-венозной помпы голени, а также тканевых компенсаторно-приспособительных реакций, противостоящих нарушениям её функции, представляет существенный теоретический и клинический интерес, открывает возможности для разработки эффективных методов профилактики ХВН.

Литература

- Кириенко А.И., Григорян Р.А., Золотухин И.А. Современные принципы лечения хронической венозной недостаточности //В кн.: 50 лекций по хирургии /под ред. В.С.Савельева.- М.: Триада-Х.- 2003.- С.211-222.
- Морфологія гемокapілярів і м'язової тканини гомілки при хронічній венозній недостатності /В.Ю.Гладких, П.П.Гормаш, І.П.Довгань та ін. // Вісник Вінницького нац. мед. унів.- 2008.- Т.12, №2.- С.385-389.
- Chronic venous insufficiency: clinical and duplex correlations. The Edinburgh Vein Study of venous disorders in the general population /C.V.Ruckley, C.J.Evans, P.L.Allan et al. //J. Vasc. Surg.- 2002.- Vol.36.- P.520-525.
- Gschwandtner M.E, Ehringer H. Microcirculation in chronic venous insufficiency //Vasc Med.- 2001.- №6.- С.169-179.
- In situ hemodynamics of perforating veins in chronic venous insufficiency /K.T.Delias, M.Husmann, E.Kalodiki et al. //J. Vasc. Surg.- 2001.- Vol.33.- P.773-782.
- New insight into perforator vein incompetence /N.Labropoulos, M.A.Mansour, S.S.Kang et al. //Euro J. Vasc. Surg.- 1999.- Vol.18.- P.228-234.
- Pappas P.J., Duran W.N., Hobson R.W. Pathology and cellular physiology of chronic venous insufficiency /In Gloviczki P., Yao J.S., eds. Handbook of Venous Disorders. 2nd ed.- New York, NY: Arnold.- 2001.- P.58-67.
- Raffetto J.D., Khalil R.A. Mechanisms of varicose vein formation: valve dysfunction and wall dilation // Phlebology.- 2008.- Vol.23.- P.85-98.
- Widmer L.K. Peripheral venous disorders: prevalence and sociomedical importance. Basel study III.- Bern: Hans Huber, 1978.- P.43-50.

МОРФОЛОГІЧНІ ЗМІНИ М'ЯЗОВО-ВЕНОЗНОЇ ПОМПИ ГОМІЛКИ У ВІКОВОМУ АСПЕКТІ

Гладких В.Ю., Гормаш П.П., Довгань І.П., Фоміна Л.В., Мітюк Б.О.

Резюме. У виконаній роботі проведено гістологічне дослідження литкового м'яза у віковому аспекті в осіб обох статей, а також внутрішньом'язових вен малого калібра (діаметром до 2 мм) в умовно здорових людей молодого віку.

Ключові слова: гістологія, внутрішньом'язові вени гомілки, м'язи гомілки.

MORPHOLOGICAL CHANGES OF MUSCULAR-VEINOSE PUMPS OF A SHIN IN PERSONS OF VARIOUS AGE CATEGORIES

Gladkih V.Yu., Gormash P.P. Dovgan I.P. Fomina L.V., Mityuk B.A.

Summary. In the research it was carried out a histological study of shin muscles in persons of different age and both sexes, and also we evaluated intramuscular veins of a small caliber (diameter to 2 mm) at conditionally healthy persons of young age.

Key word: histology, intramuscular shin veins, muscles of a shin.

УДК: 611.33.018.73:616 - 006.6.018.7

ПОРІВНЯЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА ДИСПЛАЗІЙ ЕПІТЕЛІЮ РІЗНИХ ТОПОГРАФО-АНАТОМІЧНИХ ВІДДІЛІВ СЛИЗОВОЇ ОБОЛОНКИ ШЛУНКА У ПАЦІЄНТІВ З ВИРАЗКОЮ ДВАНАДЦЯТИПАЛОЇ КИШКИ, ШЛУНКА ТА ВИРАЗКОВО-ІНФІЛЬТРАТИВНИМ РАКОМ ШЛУНКА

Харченко О.В.

Полтавський державний педагогічний університет ім.В.Г.Короленка, кафедра медико-біологічних основ (вул.Остроградського, 2, м.Полтава, 36000,Україна)

Резюме. Осередки дисплазії епітелію слизової оболонки шлунка виникли у пацієнтів з виразково-інфільтративним раком шлунка, виразкою шлунка і дванадцятипалої кишки. Фоном, на якому виникли дисплазії, був виражений атрофічний, атрофічно-гіперпластичний гастрит у співвідношенні з гіпертрофічним glandулярно-проліферативним та гіпертрофічний glandуляр-

сальны для различных патологических состояний и являются структурной основой развития дисфункции мышечно-венозной помпы голени.

3. Одной из основных причин развития изменений в икроножной мышце является длительное повышенное гидростатическое давление в венах нижних конечностей, особенно при статических нагрузках в положении стоя.

4. Внутримышечные вены икроножной мышцы малого калибра следует считать важной структурно-функциональной единицей мышечно-венозной помпы голени. Эти вены обладают высокой пластичностью, в них происходят значительные изменения для адаптации и компенсации нарушенной функции икроножной мышцы.

5. Компенсаторно-приспособительные изменения в венах вследствие снижения их способности к сдавлению, носят относительный характер, зависящий от сократительной способности икроножной мышцы.

6. ХВН становится необратимым явлением при истощении компенсаторных возможностей, что особенно ярко выражено в возрастном аспекте.

Дальнейшее изучение механизмов и проявлений повреждающего действия различных факторов на структурные единицы мышечно-венозной помпы голени, а также тканевых компенсаторно-приспособительных реакций, противостоящих нарушениям её функции, представляет существенный теоретический и клинический интерес, открывает возможности для разработки эффективных методов профилактики ХВН.

Литература

- Кириенко А.И., Григорян Р.А., Золотухин И.А. Современные принципы лечения хронической венозной недостаточности //В кн.: 50 лекций по хирургии /под ред. В.С.Савельева.- М.: Триада-Х.- 2003.- С.211-222.
- Морфологія гемокapілярів і м'язової тканини гомілки при хронічній венозній недостатності /В.Ю.Гладких, П.П.Гормаш, І.П.Довгань та ін. // Вісник Вінницького нац. мед. унів.- 2008.- Т.12, №2.- С.385-389.
- Chronic venous insufficiency: clinical and duplex correlations. The Edinburgh Vein Study of venous disorders in the general population /C.V.Ruckley, C.J.Evans, P.L.Allan et al. //J. Vasc. Surg.- 2002.- Vol.36.- P.520-525.
- Gschwandtner M.E, Ehringer H. Microcirculation in chronic venous insufficiency //Vasc Med.- 2001.- №6.- С.169-179.
- In situ hemodynamics of perforating veins in chronic venous insufficiency /K.T.Delias, M.Husmann, E.Kalodiki et al. //J. Vasc. Surg.- 2001.- Vol.33.- P.773-782.
- New insight into perforator vein incompetence /N.Labropoulos, M.A.Mansour, S.S.Kang et al. //Euro J. Vasc. Surg.- 1999.- Vol.18.- P.228-234.
- Pappas P.J., Duran W.N., Hobson R.W. Pathology and cellular physiology of chronic venous insufficiency /In Gloviczki P., Yao J.S., eds. Handbook of Venous Disorders. 2nd ed.- New York, NY: Arnold.- 2001.- P.58-67.
- Raffetto J.D., Khalil R.A. Mechanisms of varicose vein formation: valve dysfunction and wall dilation // Phlebology.- 2008.- Vol.23.- P.85-98.
- Widmer L.K. Peripheral venous disorders: prevalence and sociomedical importance. Basel study III.- Bern: Hans Huber, 1978.- P.43-50.

МОРФОЛОГІЧНІ ЗМІНИ М'ЯЗОВО-ВЕНОЗНОЇ ПОМПИ ГОМІЛКИ У ВІКОВОМУ АСПЕКТІ

Гладких В.Ю., Гормаш П.П., Довгань І.П., Фоміна Л.В., Мітюк Б.О.

Резюме. У виконаній роботі проведено гістологічне дослідження литкового м'яза у віковому аспекті в осіб обох статей, а також внутрішньом'язових вен малого калібра (діаметром до 2 мм) в умовно здорових людей молодого віку.

Ключові слова: гістологія, внутрішньом'язові вени гомілки, м'язи гомілки.

MORPHOLOGICAL CHANGES OF MUSCULAR-VEINOSE PUMPS OF A SHIN IN PERSONS OF VARIOUS AGE CATEGORIES

Gladkih V.Yu., Gormash P.P. Dovgan I.P. Fomina L.V., Mityuk B.A.

Summary. In the research it was carried out a histological study of shin muscles in persons of different age and both sexes, and also we evaluated intramuscular veins of a small caliber (diameter to 2 mm) at conditionally healthy persons of young age.

Key word: histology, intramuscular shin veins, muscles of a shin.

УДК: 611.33.018.73:616 - 006.6.018.7

ПОРІВНЯЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА ДИСПЛАЗІЙ ЕПІТЕЛІЮ РІЗНИХ ТОПОГРАФО-АНАТОМІЧНИХ ВІДДІЛІВ СЛИЗОВОЇ ОБОЛОНКИ ШЛУНКА У ПАЦІЄНТІВ З ВИРАЗКОЮ ДВАНАДЦЯТИПАЛОЇ КИШКИ, ШЛУНКА ТА ВИРАЗКОВО-ІНФІЛЬТРАТИВНИМ РАКОМ ШЛУНКА

Харченко О.В.

Полтавський державний педагогічний університет ім.В.Г.Короленка, кафедра медико-біологічних основ (вул.Остроградського, 2, м.Полтава, 36000, Україна)

Резюме. Осередки дисплазії епітелію слизової оболонки шлунка виникли у пацієнтів з виразково-інфільтративним раком шлунка, виразкою шлунка і дванадцятипалої кишки. Фоном, на якому виникли дисплазії, був виражений атрофічний, атрофічно-гіперпластичний гастрит у співвідношенні з гіпертрофічним glandулярно-проліферативним та гіпертрофічний glandуляр-

но-проліферативний гастрит. При виразково-інфільтративному раку шлунка частота і розповсюдження дисплазії епітелію достовірно більше виражені в усіх регіонах шлунка в порівнянні з аналогічними при виразці шлунка і дванадцятипалої кишки та превалює в полі пухлини і в слизовій оболонці тіла шлунка.

Ключові слова: дисплазія епітелію, слизова оболонка шлунка, хронічна виразка дванадцятипалої кишки, хронічна виразка шлунка, виразково-інфільтративний рак шлунка.

Вступ

Загальноприйнятого визначення дисплазії (Д) немає. Поняття передрак має також різну оцінку. Це може бути вже неоплазія, але вона відрізняється від дійсного раку. Дисплазією в широкому розумінні називають відхилення від нормальної структури клітин і всього комплексу тканини в напрямку неопластичного розвитку.

За визначенням експертів комітету ВООЗ дисплазія епітелію слизової оболонки шлунка характеризується наявністю клітинної атипії, дезорганізацією структури слизової оболонки, порушенням диференційовки клітин, втратою їх полярності. Зміни строми при цьому відсутні. За показниками дисплазія відрізняється від гіперплазії, в котрій якісні зміни епітелію відсутні [Смоляников, 1990; Morson et al., 1980].

Діагноз дисплазія виставляється морфологічно. Добре виконана ендоскопія з біопсією та фарбуванням зрізів гематоксиліном та еозином є першим шляхом до діагнозу дисплазія [Rugge et al., 1994].

На валовому біопсійному матеріалі дисплазія зустрічається в 0,4% біоптатів [Rugge et al., 1995]. Локалізується вона, переважно, в антральному відділі (67-74%), рідше (14-15%) в тілі і дні (10-15%) [Ming Si Chun et al., 1984]. Зазвичай дисплазію знаходять при макроскопії виявлених осередкових змінах (виразки, поліпи), але

нерідко вона зустрічається й в слизовій оболонці без візуальних макроскопічних особливостей. Фоном для дисплазії завжди служить атрофія й нерідко метаплазія слизової оболонки шлунка. При цьому ступінь її важкості корелює з вираженням гастриту [Rugge et al., 1995].

Метою дослідження є порівняння частоти та розповсюдження дисплазії епітелію різних топографоанатомічних відділів слизової оболонки шлунка (СОШ) при виразково-інфільтративному раку, виразці шлунка й дванадцятипалої кишки.

Матеріали та методи

В роботу покладено результати післяопераційного дослідження 150 шлунків, які були резецировані з приводу ВІРШ (50), ХВДПК (50), ХВШ (50). Серед останніх було 28 чоловіків і 22 жінки у віці від 30 до 68 років. Серед пацієнтів ХВДПК було 32 чоловіки і 18 жінок у віці від 32 до 70 років (середній вік становив $46,1 \pm 6,1$ років, тривалість захворювання від 0,5 до 40 років (в середньому, $20,3 \pm 4,2$ роки). Із загальною числом пацієнтів, хворих на ВІРШ, було 30 чоловіків і 20 жінок у віці від 28 до 68 років. У $62,0 \pm 4,5\%$ випадків пухлини локалізувалися в пілоричному відділі, в $30,0 \pm 4,0\%$ на малій кривизні і в $8,0 \pm 2,5\%$ в тілі шлунка.

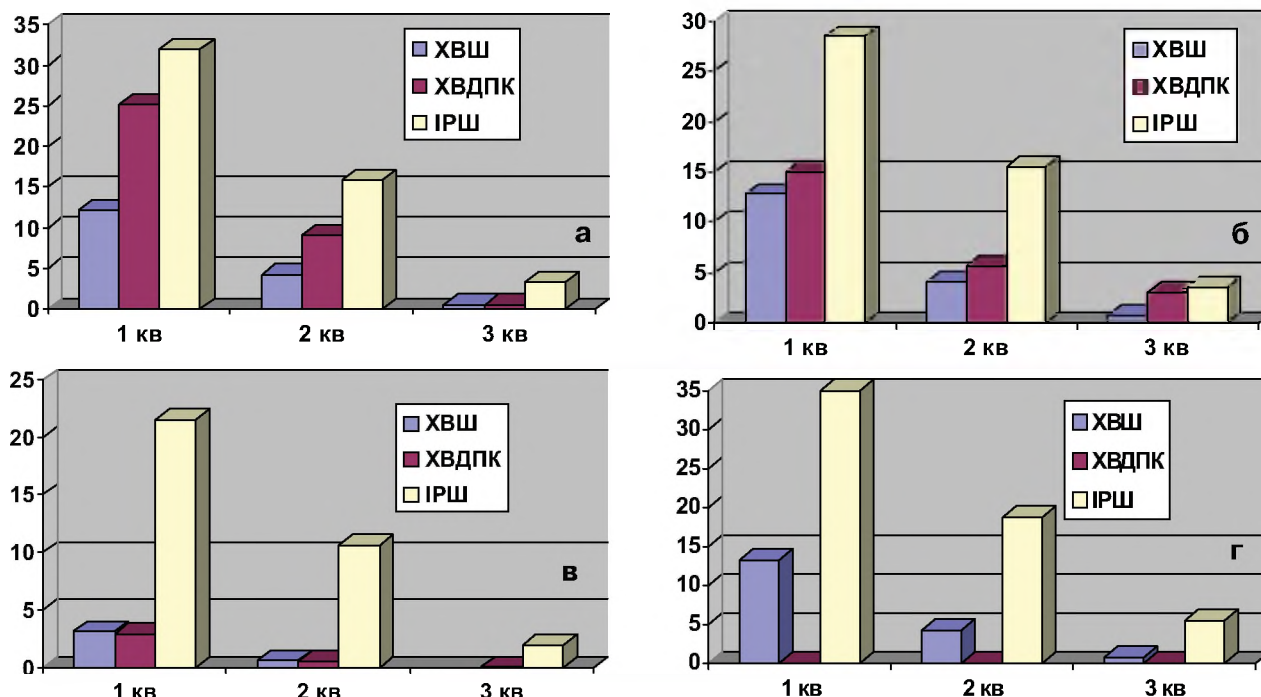


Рис. 1. Порівняльна характеристика розповсюдження Д епітелію СОШ при ХВШ, ХВДПК, ВІРШ. 1 кв - I ступінь, 2 кв - II ступінь, 3 кв - III ступінь; а - пілоричний відділ; б - мала кривизна; в - тіло шлунка; г - навколо виразки і навколо пухлини.

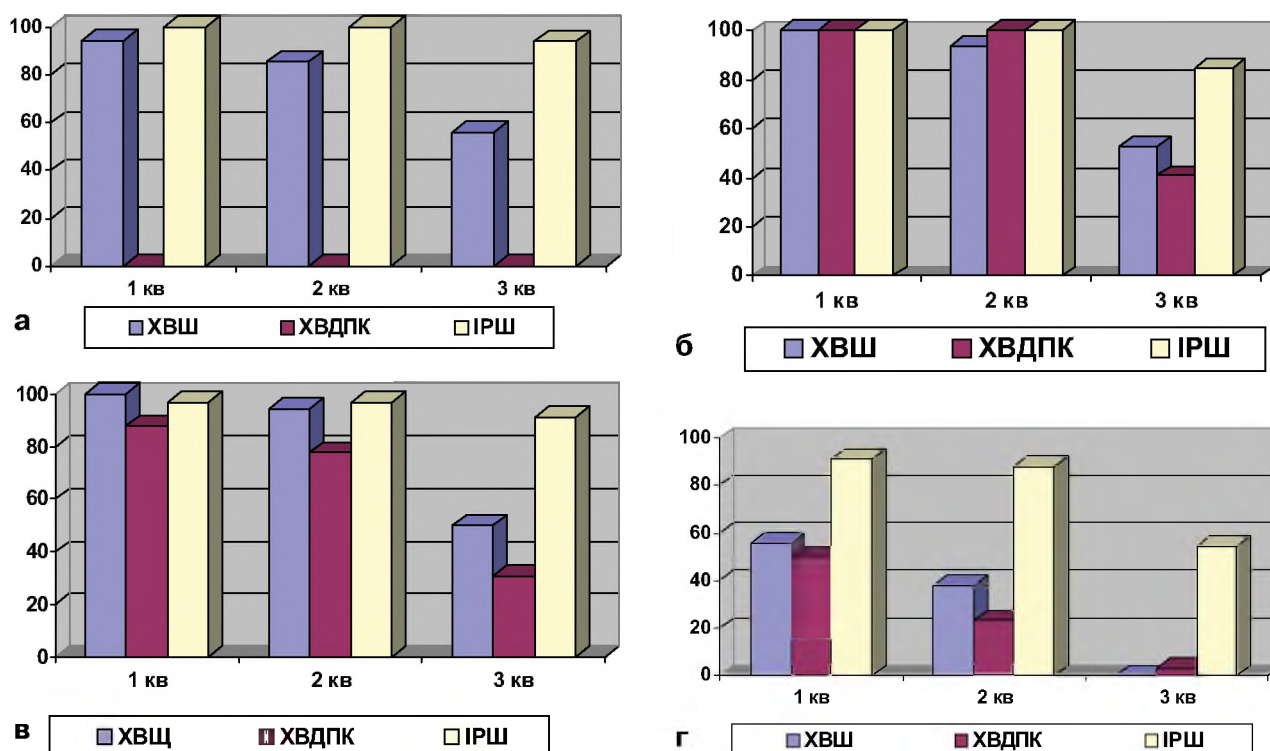


Рис. 2. Порівняльна характеристика частоти виявлення Д епітелію СОШ у різних ділянках шлунка при ХВШ, ХВДПК, ВІРШ. 1 кв - I ступінь, 2 кв - II ступінь, 3 кв - III ступінь; а - навколо виразки і навколо пухлини; б - пілоричний відділ; в - мала кривизна; г - тіло шлунка

Макроскопічно ВІРШ визначали за класифікацією Японської спілки ендоскопістів, мікроскопічні форми у відповідності з Міжнародною гістологічною класифікацією пухлин стравоходу та шлунка (1990).

Оперативно видалені шлунки були нами досліджені з метою порівняння диспластичних змін епітелію слизової оболонки шлунка при виразково-інфільтративному раку, виразці шлунка і дванадцятипалої кишки.

Для гістологічного дослідження вирізали шматочки СОШ із пілоричного відділу, малої кривизни, тіла шлунка та навколо виразки, а також із поля виникнення пухлини. За поле виникнення пухлини умовно прийнята площа СОШ в радіусі 2-2,5 см від її краю. Фіксатором був 10% розчин нейтрального формаліну. Об'єм фіксуючої рідини в 30 разів перевищував об'єм матеріалу. Час фіксації в 10% розчині нейтрального формаліну складав 48 годин. Після фіксації препарати СОШ заливали в парафін за загальноприйнятою методикою [Меркулов, 1969].

Із парафінових блоків різних топографо-анатомічних відділів слизової оболонки шлунка на мікромомі МПС-2 виготовляли зрізи, які поміщали у спеціальну ванночку й фарбували за загальноприйнятими схемами гематоксилином, еозинном, пікрофуксином за Ван-Гізеном [Меркулов, 1969], а потім вміщували в полістірол.

Характер диспластичних змін покривно-ямкового епітелію та на ділянках з кишковою метаплазією виявляли за класифікацією Т.Нагаю [1981] в модифікації

В.Д.Садчикова [1986].

Крім того, виявляли розповсюдженість Д I-III - виражене у відсотках (%) відношення кількості шлункових ямок або кишкових крипт з Д I-III, до сумарної кількості шлункових ямок і кишкових крипт [Автандилов 1990; Ташке 1980].

Результати. Обговорення

У різних топографо-анатомічних зонах шлунка знайдено мозаїчне розповсюдження форм хронічного гастриту при ХВДПК, ХВШ, ВІРШ, а також поля виникнення пухлини та СОШ навколо виразки. Диспластичні зміни розвинулись при проявах вираженого атрофічного і атрофічно-гіперпластичного гастриту з осередками гіпертрофічного glandулярно-проліферативного та при гіпертрофічному glandулярно-проліферативному гастриті.

Для всіх розглянутих груп характерно, що Д виявляється в усіх відділах шлунка. Частіше за все і з найбільшим розповсюдженням вона встановлена в пілоричному відділі і на малій кривизні (рис. 1а,б). У тілі шлунка ці показники значно нижчі. Розповсюдження Д у тілі шлунка при всіх ступенях її вираження низьке (рис. 1в).

Але при ВІРШ розповсюдження Д-I в СОШ тіла достовірно вище ($21,5 \pm 2,2\%$), ніж у хворих з ХВДПК ($2,9 \pm 0,9\%$) і ХВШ ($3,1 \pm 0,6\%$) $p < 0,001$ (рис. 1в).

У пілоричному відділі розповсюдження Д-I було найбільшим при ВІРШ ($32,0 \pm 1,1\%$), потім при ХВДПК ($25,2$

1,6%) і ХВШ (12,2 1,1%). Д-II і Д-III також превалювали при ВІРШ. Аналогічні співвідношення цього показника і на малій кривизні (рис. 1а,б).

В усіх регіонах при ВІРШ розповсюдження Д вище в порівнянні з таким при ХВДПК та ХВШ. Але найбільшим цей показник зареєстрований Д-I навколо пухлини (34,9±2,2%), що є достовірно вищим у порівнянні з аналогічним показником навколо виразки шлунка (13,3±1,4%) $p < 0,001$. Більшими при ВІРШ є також і показники розповсюдження Д-II і Д-III навколо пухлини (рис. 1г).

Показники частоти в більшості регіонів високі в усіх розглянутих нозологічних групах (рис. 2).

Звертає на себе увагу, що в тілі шлунка хворих на ВІРШ частота Д-I (90,9 3,7) достовірно вище в порівнянні з ХВДПК (50,0 9,3) і ХВШ (55,9 8,5) $p < 0,001$. Д-II у цьому регіоні також домінує при ВІРШ (87,9 4,2%) у порівнянні з ХВДПК (23,3 7,8%) і ХВШ (38,2 8,5%) $p < 0,001$. Д-III при ВІРШ має достовірно найбільшу частоту (54,5 6,5%) у порівнянні з ХВДПК (3,3 3,3%) $p < 0,001$. У групі ХВШ Д-III зовсім не спостерігається (рис. 2г).

Література

- Авандилов Г.Г. Медицинская морфометрия: Руководство.- М.: Медицина, 1990.- 384с.
- Меркулов А.Т. Курс патологической техники.- Л.: Медицина, 1969.- 243с.
- Садчиков В.Д. Дисплазия покровно-ямочного эпителия слизистой оболочки желудка // Врачебное дело.- 1986.- №10.- С.65-68.
- Смоляников А.В. Опухолевый рост /В кн: Общая патология человека.- Ред. Струков А.И.- М.: Медицина.- 1990.- С.323-401.
- Ташке К. Введение в количественную цитогистологическую морфологию: Пер. с рум.- Бухарест: Издательство Академии Социалистической Республики Румынии, 1980.- 191с.
- Ming Si Chun, Bajtai A., Correa P. Gastric dysplasia - Significance and pathologic criteria // Cancer.- 1984.- Vol.54, №9.- P.1791-1801.
- Morson B.C., Sobin L.H., Grundman E. Precancerous conditions and epithelial dysplasia in the stomach // J. Clin. Pathol.- 1980.- Vol.33.- P.711-722.
- Nagayo T. Dysplasia of the gastric mucosa and its relation to the precancerous state // GANN.- 1981.- Vol.72, №6.- P.813-823.
- Rugge M., Farinati F., Baffa L. Gastric epithelial dysplasia in the natural history of gastric cancer // Gastroenterology.- 1994.- Vol.107.- P.1288-1296.
- Rugge M., Leandro G., Farinati F. Gastric epithelial dysplasia // Cancer.- 1995.- Vol.76.- P.376-382.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ДИСПЛАЗИЙ ЭПИТЕЛИЯ РАЗНЫХ ТОПОГРАФО-АНАТОМИЧЕСКИХ ОТДЕЛОВ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ЖЕЛУДКА У ПАЦИЕНТОВ С ЯЗВОЙ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ, ЖЕЛУДКА И ЯЗВЕННО-ИНФИЛЬТРАТИВНЫМ РАКОМ ЖЕЛУДКА

Харченко А.В.

Резюме. Участки дисплазии эпителия слизистой оболочки желудка возникли у пациентов с язвенно-инфильтративным раком желудка, язвой желудка и двенадцатиперстной кишки. Фоном, на котором возникли дисплазии, был выраженный атрофический, атрофически-гиперпластический гастрит в сочетании с гипертрофическим glandулярно-пролиферативным и гипертрофический glandулярно-пролиферативный гастрит. При язвенно-инфильтративном раке желудка частота и распространенность дисплазии эпителия достоверно больше выражены во всех регионах желудка по сравнению с диагностированной язвой желудка и двенадцатиперстной кишки и преваляровала в зоне опухоли и в слизистой оболочке тела желудка.

Ключевые слова: дисплазия эпителия, слизистая оболочка желудка, хроническая язва двенадцатиперстной кишки, хроническая язва желудка, язвенно-инфильтративный рак желудка.

COMPARATIVE DESCRIPTION OF EPITHELIUM DYSPLASIA OF DIFFERENT TOPOGRAPHO-ANATOMICAL DEPARTMENTS OF MUCOUS MEMBRANE OF A STOMACH AT PATIENTS WITH DUODENUM ULCER, STOMACH AND ULCEROUS-INFILTRATIVE CANCER OF STOMACH

Kharchenko A.V.

Summary. Areas of epithelium dysplasia of mucous membrane of stomach arose up at patients with the ulcerous-infiltrative cancer of a stomach, gastric and duodenum ulcer. By background, on which arose up dysplasia, there was an expressed atrophy, atrophy-hyperplastic, gastritis in combination with hypertrophy gland-proliferative and hypertrophy gland-proliferative gastritis. At the ulcerous-infiltrative cancer of stomach frequency and prevalence of epithelium dysplasia for certain more be shown in all regions of stomach by comparison to similar at the gastric and duodenum ulcer and predominates in the tumor field and in the mucous membrane of stomach body.

Key words: epithelium dysplasia, stomach mucous membrane, chronic duodenum ulcer, chronic stomach ulcer, ulcerous-infiltrative cancer of a stomach.