

**076. ПРОДУКЦИЯ ОКСИДА АЗОТА ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ПАНКРЕАТИТЕ.**

Гутнова С.К.

ГОУ ВПО Северо-Осетинская государственная медицинская академия Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию, г. Владикавказ, Россия.

Кафедра терапии с общей врачебной практикой (семейной медициной) ФПДО

Оксид азота (NO) играет важную роль, как в физиологических, так и в патологических процессах в желудочно-кишечном тракте (ЖКТ). Источником оксида азота в ЖКТ служат эпителий, сосудистый эндотелий, гладкие мышцы, тучные клетки, резистентные и инфильтративные лейкоциты, нейтрофилы и макрофаги, энтеральные нейроны.

Цель исследования – изучить продукцию оксида азота у больных хроническим панкреатитом (ХП) в фазе обострения.

Материалы и методы. Всего обследовано 47 больных хроническим панкреатитом в фазе обострения (средний возраст составил 54,3±4,2 лет) продолжительностью заболевания от 1 года до 28 лет. Дополнительно обследовано 30 человек, которые составили группу здоровых.

Диагноз устанавливался на основании комплекса клинических, лабораторных и инструментальных методов исследования. Определение концентрации нитратов в сыворотке крови проводили электрохимическим методом.

Результаты и их обсуждение. Исследование содержания метаболитов оксида азота (нитратов) в сыворотке крови больных ХП в фазе обострения выявило существенное отклонение данного показателя по сравнению с группой здоровых как в сторону повышения уровня NO, так и в сторону снижения.

Преобладающим в исследуемой группе больных было повышение метаболитов оксида азота, которое выявлено у 68,1% больных, при этом уровень метаболитов оксида азота был достоверно выше, чем в группе здоровых (21,3±3,1 мкмоль/л) и составил 71,5±10,6 мкмоль/л (p<0,001).

Существуют данные, что при синтезе NO в условиях воспаления данное соединение индуцирует вазодилатацию, локальное поражение паренхимы, подверженного воспалению, а затем и его ишемии.

Достоверное снижение продукции NO отмечено у 19,1% больных, уровень нитратов у этих пациентов составил по сравнению с нормой 9,7±2,9 мкмоль/л (p<0,01).

Снижение продукции NO способствует вазоконстрикции, агрегации тромбоцитов, адгезии лейкоцитов и тромбоцитов к сосудистой стенке.

Нормальный уровень нитратов был выявлен лишь у 12,8% больных, содержание NO при этом было в пределах нормальных значений – 22,4±2,9 мкмоль/л (p>0,05).

Заключение. Таким образом, выявленные изменения продукции оксида азота у больных хроническим панкреатитом в фазе обострения выражались в дефиците NO, избытке образования оксида азота и отсутствии изменений продукции оксида азота. При этом у обследованных нами пациентов преобладал избыточный синтез оксида азота.

#### 077. ГИСТОЛОГИЧЕСКИЕ И КЛЕТОЧНО-МОЛЕКУЛЯРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ФОРМИРОВАНИЯ ВНЕКЛЕТОЧНОГО СОЕДИНИТЕЛЬНОТКАННОГО МАТРИКСА (ВСМ) ПРИ РАКЕ ЖЕЛУДКА

Данилова И.А.

Государственная медицинская академия им. И.И. Мечникова, г. Санкт-Петербург, Россия

Рак желудка (РЖ) – одна из самых распространенных опухолей человека. Типичны: поздняя первичная диагностика на стадии опухолевой прогрессии (до 80%), спорный послеоперационный прогноз, высокая смертность. Стандарты ВОЗ определяют клинкоморфологическую и прогностическую оценку РЖ критериями p-TNM и гистологической классификации (ГК). При этом разнонаправленность принципов построения ГК снижает ее практическую и прогностическую значимость. В то же время ГК ВОЗ – Р. Lauren (2000) выделяет две *основные гистологические формы* (ГФ) РЖ: *кишечную* (КРЖ) и *диффузную* (ДРЖ). По собственным рекомендациям (2005), документированным межгрупповыми морфологическими различиями опухолевой паренхимы, дополнительно выделена *смешанная* ГФ РЖ (СРЖ). С учетом постоянства паренхиматозно-стромальных взаимоотношений как важнейшего биологического качества РЖ представлялось важным изучение тканевых (топографических, качественно-количественных) и молекулярных особенностей формирования ВСМ в пределах выделенных ГФ РЖ.

Цель исследования: гисто-, иммуногистохимическое изучение органоспецифических особенностей ВСМ при КРЖ, ДРЖ, СРЖ на разных этапах опухолевой прогрессии.

Материалы и методы: ретроспективный/текущий клинкоморфологический анализ 137 операционных наблюдений РЖ (архив прозектуры клиники П. Великого; 1995-2004 г.г.) с широкой вырезкой (центральные/латеральные отделы; зоны прогрессии опухоли; фон; края резекции; лимфатические узлы); гистологическим, гистохимическим изучением парафиновых срезов (окраска гематоксилином и эозином, пикрофуксином по методам Ван Гизона, Гордона-Свита, Herovici-Cook); иммуногистохимическим исследованием экспрессии матриксных металлопротеиназ (ММП)-2,9, контролирующих метаболизм белков ВСМ (Novostain universal detection kit с моноклональными антителами, Novocastra, Англия, разведение 1:50), определением суммы оптической плотности (от 0.60 до 33.0) и доли положительно окрашенных клеток с распределением на группы с низкой (до 10), умеренной (10-20), высокой (свыше 20) экспрессией («Видеотест», версия 5.0); статобработкой (Statgraphics Centurion XV).

Результаты и обсуждение. Независимо от ГФ, морфогенез ВСМ характеризовался закономерной стадийностью, сопровождающей опухолевый рост на этапах внутри- и внеорганный (регионарные лимфоузлы) прогрессии, с формированием ретикулинового каркаса и последующей коллагенизацией. При этом каждая ГФ отличалась индивидуальным типом новообразованного ВСМ: *перигландулярным* (КРЖ); *перипеллюлярным* (ДРЖ); *сочетанным*, «*мозаичного*» типа, с качественно-количественными и топографическими различиями паренхиматозного и стромального компонентов (СРЖ). Тканевые межгрупповые особенности морфогенеза ВСМ подтверждались на молекулярном уровне. При КРЖ преобладало активное разрушение новообразованного