

хроматин. Площадь ядер гепатоцитов была достоверно больше аналогичного показателя интактной группы ($p \leq 0,005$). При исследовании ткани миокарда крыс 2 группы обнаружен выраженный отек соединительной ткани эндокарда, пролиферация фибробластов и фиброцитов, гиперплазия и гипертрофия эндотелиоцитов. Кардиомиоциты были с четкой поперечной исчерченностью, мышечные волокна дисконкомплексированы, расположены рыхло, за счет интерстициального отека. Ядра кардиомиоцитов крупные, гиперхромные. Встречались двоядерные формы за счет амитотического деления, вытянутые ядра с поперечной перетяжкой. Сосуды неравномерно полнокровные, наблюдался стаз, периваскулярный диapedез. Межуточная ткань резко отечная, интерстиций с очаговой лимфоцитарной инфильтрацией, скопления лаброцитов. Эпикард был представлен рыхлой соединительной тканью, кровеносными сосудами, жировыми клетками, скопления лимфоцитов и пролиферация фибробластов и фиброцитов, отек. При морфометрическом исследования выявлено, что дефицит гормонов коры надпочечников вызывает достоверное увеличение как ширины кардиомиоцитов в 1,9 раз в сравнении с интактными животными, так и площади ядер клеток миокарда – в 2,8 раза. Добавление к ЗГТ цитопротектора

meldonium вызывает существенные изменения микроскопической картины в сторону нормализации микроскопического строения гепатоцитов: уменьшение выраженности жирового гепатоза, уменьшение площади гепатоцитов до 117049 мкр^2 ($U_{\text{эмп}}=0$). В миокарде уменьшается выраженность интерстициального отека, мышечные волокна представляют сплошные структуры, субъективно уменьшается объем волокон и размеры ядер кардиомиоцитов, но сохраняется отечность и лимфоцитарная инфильтрация эндокарда. Выявлено достоверное уменьшение ширины кардиомиоцитов на 23% в сравнении с группой животных 2 группы, обнаружено уменьшение в 2 раза площади ядер кардиомиоцитов.

Выводы. Гипертрофия кардиомиоцитов при хроническом гипокортицизме является обратимым процессом, о чем свидетельствует изменения морфометрических показателей на фоне комбинированной терапии с включением цитопротектора meldonium. Менее выраженное влияние препарата на жировой гепатоз возможно обусловлено коротким периодом применения. Результаты проведенных исследований подтверждают обоснованность применения цитопротектора meldonium в терапии хронической надпочечниковой недостаточности.

Возможности канцеропревенции при гастроэзофагеальной рефлюксной болезни

Бектаева Р.Р.

Медицинский университет г. Астана

В последние годы в результате исследования причин механизмов и особенностей развития опухолей органов пищеварения и тех болезней, которые предшествуют их развитию, сформировалось новое научное и практическое направление в гастроэнтерологии – предраковая патология системы пищеварения. Значение его трудно переоценить, поскольку оно позволяет осуществить принципиально новый подход к профилактике рака – эффективно предупреждать развитие злокачественных опухолей на стадии предраковых повреждений, что на сегодня признано единственным путем снижения частоты и распространенности онкогастроэнтерологической патологии (2,6,8). В настоящее время во всем мире отмечают значительное увеличение частоты аденокарцином пищевода, которая уже достигает 50% от числа всех пациентов со злокачественными опухолями этого органа. Хотя 40-50 лет назад только 2-3% случаев злокачественных опухолей пищевода были представлены аденокарциномой, в остальных случаях это был плоскоклеточный рак. По частоте рака пищевода Казахстан долгие годы оставался на втором месте среди стран бывшего Союза (1,9,13). В последние годы имеется тенденция к его снижению, в то же время отмечается рост удельного веса процента аденокарцином пищевода и кардиоэзофагеальной области. В ранее проведенных исследованиях обращает внимание высокая частота хронического эзофагита в областях Казахстана, где высокая заболеваемость раком пищевода (1,9,13). Вышеизложенное дает основание считать, что «виновником» роста аденокарцином пищевода является предраковое заболевание пищевода – гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ), при прогрессировании которого развивается пищевод Барретта (ПБ), увеличивающий риск развития аденокарциномы в 30-120 раз (2,3,4,5,10,16,17). ГЭРБ относится к наиболее часто встречающимся «кислотозависимым» заболеваниям (4,5,6,12). Распространенность этой болезни среди населения в развитых странах составляет около 20% (14). Учитывая тот факт, что распространенность ГЭРБ среди взрослого населения России составляет 40-60%, а доля эрозивного эзофагита достигает 10-25%, исследователи делают вывод об эпидемическом распространении данной

патологии (7,10,12). В США, например, насчитывается не менее 25 млн. больных ГЭРБ (14). Наши собственные данные показали, что распространенность ГЭРБ в некоторых областях Казахстана достигает 40% (18). Не вызывает сомнения то, что этот показатель на самом деле сильно занижен, поскольку к врачу за медицинской помощью обращается только меньшая часть больных, тогда как остальные пациенты лечатся самостоятельно или под маской других заболеваний. Подтверждением этого служит и то, что на самом деле ГЭРБ по своей частоте конкурирует с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки и хроническим холециститом (2,4). При длительном течении и отсутствии адекватного лечения ГЭРБ может стать причиной развития серьезных осложнений. Длительный контакт соляной кислоты со слизистой оболочкой пищевода приводит к ее изъязвлению и развитию воспаления. Репарация сопровождается увеличением количества стволовых клеток. В условиях низкого pH, сопровождающего рефлюкс, эти клетки могут дифференцироваться в цилиндрический эпителий, который более устойчив к воздействию кислоты. Если метаплазия обуславливает появление цилиндрического эпителия кардиального или фундального типа слизистой оболочки желудка, то риск развития рака пищевода минимальный. Однако, если метаплазия приводит к появлению специализированного тонкокишечного цилиндрического эпителия (пищевод Барретта – ПБ), то риск озлокачествления становится явным (12,17). ПБ формируется у 10-15% пациентов ГЭРБ (14). Наши собственные данные также свидетельствуют о том, что у 15% пациентов ГЭРБ формируется ПБ (5,15,18). ПБ обладает достоверно высоким канцерогенным потенциалом, который усиливается при возникновении очагов тяжелой (высокой) дисплазии (обычно распространяющийся не менее чем на 3 см. выше зубчатой линии). Известно, что ПБ является облигатным предраком и при прогрессировании может стать основой роста аденокарциномы (12,15,17). Ранее проведенное нами исследование – в ММА им. И.М.Сеченова (эндоскопический мониторинг с прицельной биопсией 93 пациента ГЭРБ) и исследование последних лет в ННМЦ (видеоэндоскопический мониторинг с прицельной биопсией

и хромоэзофагоскопией 624 пациента ГЭРБ в 2003-2009 гг) позволили выявить ПБ в 15 и 208 случаях соответственно, а также дисплазию низкой и высокой степени у одной трети больных. 15 (7,2%) пациентов ПБ с дисплазией высокой степени из-за отсутствия положительного эффекта от консервативного лечения были направлены на хирургическое лечение (15). Изложенное свидетельствует о высокой клинической значимости своевременного и полноценного лечения ГЭРБ, подходы к которому определяются необходимостью воздействия на ее ведущие патогенетические звенья и учетом основных форм болезни, которые выделяются в современной классификации (14). Выявление специализированного тонкокишечного цилиндрического эпителия в биоптатах, взятых из любого участка грудного отдела пищевода, является основанием для постановки диагноза ПБ. Выявление ПБ – значимое и достаточное обоснование для проведения эндоскопического исследования всем пациентам ГЭРБ. При обнаружении ПБ должен осуществляться поиск дисплазии с определением степени ее тяжести, очагов аденокарциномы. С этой целью необходим мониторинг морфологических изменений пищевода по результатам гистологии (множественная биопсия с интервалом 2 см.). Обнаружение в биоптате из ПБ дисплазии высокой степени, являющейся по современным критериям маркером аденокарциномы, требует дополнительного исследования, направленного на поиск очага аденокарциномы, а также эндоскопического удаления метаплазированного участка слизистой оболочки пищевода или хирургического лечения. Эндоскопическая абляция патологической слизистой пищевода с использо-

ванием лазера и других методов в комбинации с препаратами, ингибирующими протонную помпу, могут привести к восстановлению нормальной слизистой у пациентов ПБ. Выявление дисплазии высокой степени (т.е. карцинома in situ) является показанием к резекции пищевода (12, 14).

Всем пациентам с ГЭРБ назначали длительную активную терапию эзомепразолом в суточной дозе 40 мг один раз в день. Последующую поддерживающую терапию проводили в половинной дозе в режиме «по требованию». Результаты собственных исследований свидетельствуют, что ни у одного пациента ПБ находившимся под наблюдением и получавшим длительную активную терапию эзомепразолом, не отмечалось дальнейшего распространения метапластического и развития злокачественного процесса в пищеводе. Наблюдался регресс дисплазии параллельно регрессу воспаления в более 90% случаях. В то же время не наблюдалось ни в одном случае регресса метаплазии, какого бы типа она не была.

Результаты дифференцированной тактики ведения пациентов ГЭРБ свидетельствуют о необходимости и возможности раннего выявления пищевода Барретта и адекватного подхода к его лечению, благодаря которому, возможно замедление периода прогрессирования ПБ и развития аденокарциномы пищевода, следовательно, обеспечение канцеропревенции.

Диагностика, лечение и мониторинг пациентов с предраковой патологией - ГЭРБ и ее осложнения ПБ, являются сегодня реальностью современной практической гастроэнтерологии в профилактике аденокарциномы пищевода.

Особенности психологического статуса больных дисфункциональными заболеваниями билиарного тракта

Ибраева О.Ш.

Казахский государственный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова

В настоящее время все больше внимания исследователи уделяют оценке психосоматического здоровья при дисфункциональных заболеваниях билиарного тракта (ДЗБТ). В число факторов риска развития заболевания ДЗБТ входят длительное психоэмоциональное напряжение, нарушения ритма труда и отдыха, изменения ритма и характера питания, информационные стрессы, которые вызывают срыв адаптационных процессов и способствуют развитию или обострению заболевания. Функциональные расстройства внутренних органов представляют собой клиническое отражение общей психовегетативной неустойчивости индивида, его конституциональной, соматогенной или ситуационно обусловленной эмоциональной нестабильности.

Целью работы явилось выявление особенностей психологического статуса больных, страдающих функциональными расстройствами билиарного тракта. Задачами исследования являлось изучение личностных особенностей больных дисфункциональными заболеваниями билиарного тракта, их тип реагирования в условиях фрустрации.

Материалы и методы: в исследование включено 75 больных в возрасте от 15 до 49 лет, страдающих различными формами дисфункциональных заболеваний билиарного тракта. Проводились традиционные клинические, лабораторные, инструментальные методы обследования, экспериментально-психологические методики.

Результаты исследования. По данным теста Айзенка у больных ДЗБТ были выявлены личностные особенности преимущественно экстравертного полюса, а также повышенный уровень нейротизма, что свидетельствует об эмоциональной неустойчивости, плохой адаптации, импульсивности, выраженной чувствительности, впечатлительности, склонности к раздражительности. По резуль-

татам теста Спилберга – Ханина выявлена умеренно выраженная реактивная (ситуативная) тревожность и высокая личностная тревожность, характеризующая устойчивую склонность воспринимать большой круг ситуаций как угрожающие, реагировать на такие ситуации состоянием тревоги. По данным методики исследования самооценки у большинства испытуемых самооценка недостаточно целостная, так как не было выявлено взаимосвязи всех ее шкал, соотнесенности между ними (шкалы «счастья», «здоровья», «интеллекта», «характера», «знания себя»). У большинства больных ДЗБТ наблюдается ползависимость самооценки, пассивная жизненная позиция больных. Личность больных ДЗБТ характеризуется высокой личностной тревожностью, которая является не только симптомом эмоциональной напряженности, но и проявлением характерных черт личности. Данные теста MMPI согласуются с результатами клинического изучения структуры и выраженности психических нарушений у больных ДЗБТ. Повышение показателей отмечалось по шкалам F, 1, 2, 3, 7. Для пациентов характерна депрессия, затруднения в социальных контактах, склонность к ипохондрической фиксации, напряженность, тревожность. Вариант сочетания пика по 1-й шкале с подъемом по 3-й в литературе носит название «конверсионной пятерки». Для лиц с таким профилем характерно пассивное отношение к конфликтам и уход в болезнь.

Выводы. По результатам проведенных психологических методик определены личностные особенности экстравертного полюса, психоэмоциональная инфантильность, эмоциональная неустойчивость, импульсивность, эгоцентрическая направленность, адекватный уровень самооценки с тенденцией к завышению ее уровня, а также