

3. Під впливом лікування зменшувався об'єм лоханок, відсутня лейкоцитарна інфільтрація та дистрофічні і деструктивні зміни слизової та мозкової оболонок.

Перспективи подальших розробок. Розробити диференційований підхід до лікування гідронефрозу нирки, враховуючи резервні можливості нирки та розробити комплекс консервативних засобів з метою профілактики незворотніх змін при даній патології.

ференційований підхід до лікування гідронефрозу нирки, враховуючи резервні можливості нирки та розробити комплекс консервативних засобів з метою профілактики незворотніх змін при даній патології.

Список літератури

Довлатян А.А. Оперативное лечение нервно-мышечной дисплазии мочеточника / Довлатян А.А. // Урология, 2005. - № 3. - С. 38-43.

Сайдакова А.О. Основні показники урологічної допомоги в Україні за 2007-2008 / А.О. Сайдакова, Л.М. Старцева, Н.Г. Кравчук. - К., 2009. - С. 205.

Состояние уродинамики верхних мочевых путей после пластических операций

на мочеточнике (эксперимент. исследование) / Пугачев А.Г., Кирпатовский В.И., Мудрая И.С. [и др.] // Урол. - 2001. - № 5. - С. 12-16.

Способ формирования мочеточниково-резервуарного анастомоза у больных раком мочевого пузыря с явлениями уретерогидронефроза / Теплов А.А., Головащенко М.П., Смирнова С.В. [и др.] // Онкология. - 2012. -

№ 3. - С. 40-45.

Успешное комбинированное оперативное лечение двустороннего гигантского уретероцеле в сочетании с двусторонним уретерогидронефрозом, многоуровневым литиазом и миоматозом матки / [Трапезникова М.Ф., Цариченко Д.Г., Стойлов С.В., Бушуев В.О.] // Андрология и генитальная хирургия. - 2008. - № 3. - С. 54-56.

Лонский К.Л., Лонский Л.И., Костюк Г.Я., Король А.П.

ПАТОМОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ПОЧЕК, МОЧЕТОЧНИКОВ И МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ У СОБАК ПРИ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОМ УРЕТЕРОГИДРОНЕФРОЗ ЕДИНСТВЕННОЙ ПОЧКИ В УСЛОВИЯХ ВОССТАНОВЛЕНИЯ ОТТОКА МОЧИ С ПОМОЩЬЮ КИШЕЧНОЙ ПЛАСТИКИ МОЧЕТОЧНИКА

Резюме. История гидронефроза в медицине - это эпоха разработки и внедрения в практику методов восстановления проходимости мочевыводящих путей и совершенствования техники хирургической коррекции, изучение глубины и необратимости изменений паренхимы почки. В отечественных и зарубежных литературных источниках существуют достаточно противоречивые данные по гидронефроза, отсутствует единый методологический подход к оценке структурно-функциональных изменений почки и мочевых путей. Определение возможностей выполнения органосохраняющих операций при гидронефрозе затруднено в связи со сложностью оценки истинного состояния пораженного органа при обструкции. Принципиально важным моментом в определении лечебной тактики и прогноза заболевания является оценка патоморфологических признаков почек, мочеточника и мочевого пузыря. В статье представлены основные морфологические изменения мочевыделительной системы при экспериментальном гидронефрозе единственной почки в условиях восстановления оттока мочи с помощью кишечной пластики мочеточника.

Ключевые слова: мочевыделительная система, гидронефроз, затруднение оттока мочи, дисплазия клубочков, гиалиноз, сосуды микроциркуляторного русла.

Lonskiy K.L., Lonskiy L.Y., Kostyuk G.Y., Korol A.P.

PATHOLOGICAL CHANGES OF THE KIDNEYS, URETERS AND BLADDER IN DOGS IN EXPERIMENTAL URETEROHYDRONEPHROSIS SINGLE KIDNEY UNDER RESTORATION URINE OUTFLOW USING PLASTIC INTESTINAL URETER

Summary. History of hydronephrosis in medicine - this is the era of development and practical implementation of methods urinary tract patency restoration and improvement of techniques of surgical correction, depth of study and irreversible changes in renal parenchyma. In the domestic and foreign literature are quite contradictory data hydronephrosis, no single methodological approach to the evaluation of structural and functional changes in the kidneys and urinary tract. Determining the feasibility of organ operations for hydronephrosis is difficult due to the complexity of the true state of the affected organ during obstruction. Fundamentally important factor in determining treatment strategy and prognosis is the estimation of pathological signs of kidney, ureter and bladder. The paper presents the main morphological changes of the urinary system in experimental hydronephrosis single kidney in the restoration of the flow of urine using ureteral intestinal plastics.

Key words: urinary tract, hydronephrosis, difficulties outflow of urine, glomerular dysplasia, hyalinosis, microvasculature.

Стаття надійшла до редакції 13.05.2014 р.

Лонський Костянтин Леонідович - к.мед.н., науковий співробітник науково-дослідного інституту хірургії серця та магістральних судин ім. М. І. Амосова

Лонський Леонід Йосипович - асистент кафедри хірургії ВНМУ

Костюк Григорій Якович - д.мед.н., професор, зав. кафедри оперативної хірургії та топографічної анатомії ВНМУ

Король Анатолій Петрович - д.мед.н., доцент кафедри гістології та ембріології ВНМУ; +38 097 249-56-49

© Підмурняк О. О.

УДК: 616.61-089-007

Підмурняк О. О.

Хмельницька обласна лікарня (Подільська, 1, м. Хмельницький, Україна, 29000)

ПСИХОЛОГІЧНИЙ СТРЕС ТА ПЕРЕДОПЕРАЦІЙНА ТРИВОЖНІСТЬ В УРОЛОГІЧНИХ ПАЦІЄНТІВ

Резюме. У статті наведено аналіз результатів оцінки ступеня передопераційного стресу у пацієнтів з лапароскопічними та відкритими урологічними операціями. Встановлено, що при малоінвазивних операціях ступінь психологічного стресу та

передопераційної тривожності вірогідно менші ніж при відкритих втручаннях.

Ключові слова: психологічний стрес, передопераційна тривожність, малоінвазивна урологія, анкетування.

Вступ

В урології все частіше застосовуються ендовідеохірургічні (ЕВХ) методики, які мають ряд переваг перед відкритими втручаннями не тільки у мінімальній інвазивності та швидкій репарації операційного доступу, у коротшому перебуванні в стаціонарі, але і в зменшенні передопераційного стресу, післяопераційного болю, більш швидкій психологічній реабілітації пацієнтів [Ветшев і др., 2008]. Аспекти психологічного комфорту, самопочуття та сприйняття пацієнтом оперативного втручання останнім часом незаслужено відійшли на задній план, але вони повинні бути не просто істотною складовою успішної операції, але й необхідним її результатом [Артюшкіна, Сологуб, 2012; Holland et al., 2010].

Виявлення серйозного захворювання, яке вимагає оперативного втручання, для пацієнта є завжди важкою психологічною травмою. Психологічні аспекти включають широкий спектр особистісних реакцій і переживань, пов'язаних із захворюванням та викликаними ним змінами, а також видом оперативного втручання [Wetsch et al., 2009; Holland et al., 2010]. З одного боку, оперативне втручання спрямоване на збереження здоров'я та продовження життя хворого, з іншого - несе в собі ряд негативних наслідків: операційну травму та наркоз, больовий синдром, функціональні обмеження, косметичні дефекти, іноді інвалідизацію [Broadbent et al., 2003]. Передопераційний стрес спостерігається у кожного пацієнта незалежно від типу втручання - чи це відкрита, чи малоінвазивна операція. Ряд зарубіжних дослідників вказують, що підвищена передопераційна тривожність приводить до уповільнення післяопераційного відновлення, явищ депресії, більш інтенсивного больового синдрому та більшої кількості ускладнень у порівнянні з пацієнтами з низьким рівнем передопераційного стресу [Moerman et al., 1996; Broadbent et al., 2003].

Для оцінки ступеня передопераційної тривожності у хірургії широко використовуються міжнародні анкети - Амстердамський шкала передопераційної тривожності (АШПТ) та анкета анестезіологічної та хірургічної передопераційної тривожності (ААХПТ) [Moerman et al., 1996; Voker et al., 2002]. Отримані за анкетами результати надаються у відсотках тривожності - від 0 (відсутність стресу) до 100% (важка психосоматична реакція). Інтенсивність передопераційної тривожності та післяопераційного болю також часто оцінюють за допомогою поширеної в медицині візуальної аналогової шкали (ВАШ), з таким же діапазоном від 0% до 100%. Обидва психометричних інструменти тривалий час використовуються в хірургічних клініках і підтвердили свою валідність та надійність.

Мета - визначити ступінь передопераційної тривожності при різних типах оперативного втручання в урологічних пацієнтів та порівняти дані отримані за різними методиками.

Матеріали та методи

В роботі вивчалися дані отримані у 326 пацієнтів, які лікувалися в урологічному відділенні Хмельницької обласної лікарні в період 2009-2013 рр. з приводу пухлин та кіст нирок, каменів верхніх відділів сечоводів. Основну групу склали 232 пацієнта прооперованих з використанням ЕВХ методик. Результати порівнювалися з даними 94 пацієнтів контрольної групи з такою ж патологією, але з відкритими операціями. Віко-статеву структуру та передопераційна підготовка хворих не відрізнялася між групами. Для оцінки рівня передопераційної тривожності пацієнтів використовувалася Амстердамська шкала передопераційної тривожності, яка містить 6 простих питань з відповідями на них, побудованими за п'ятибальною оцінкою за Лікертом (від 1 до 5 балів). Перші два питання АШПТ оцінюють анестезіологічний компонент формування тривожності, четверте та п'яте - операційний, третє та шосте питання вказують на потребу у поінформованості пацієнтів. В загальній оцінці формуються два окремих показника: оцінка рівня тривожності та потреби в передопераційній поінформованості у відсотках від максимального результату. У осіб з підвищеним хвилюванням проводився аналіз його компонентів за анкетною анестезіологічної та хірургічної передопераційної тривожності (ААХПТ) та за візуальною аналоговою шкалою (ВАШ) у стандартному варіанті. Отримані дані оброблялися статистично з використанням комп'ютерної програми Statistica 6,0 (StatSoft).

Результати. Обговорення

Оперативні втручання з приводу пухлин нирок, кіст та каменів верхньої треті сечоводу є серйозною психологічною травмою для хворого. Наш аналіз показав, що передопераційний стрес є в кожного пацієнта, незалежно від того чи це відкрита операція, чи малоінвазивне втручання. Фактори що сприяють його збільшенню перш за все пов'язані зі ступенем інформаційної та психологічної тривожності.

Таблиця 1. Ступінь передопераційної тривожності та потреби в інформації у пацієнтів.

№ п/п	Показник	Група основна (34)		Група контрольна (16)	
		М	m	М	m
1	Питання 1	3,3	0,17	3,9*	0,22
2	Питання 2	3,1	0,17	3,8*	0,21
3	Питання 3	3,2	0,16	3,1	0,26
4	Питання 4	3,3	0,18	4,0*	0,24
5	Питання 5	3,0	0,17	3,9*	0,22
6	Питання 6	3,8	0,12	3,9	0,25
7	Тривожність, бали	12,7	0,57	15,6*	0,69
8	Поінформованість, бали	6,9	0,21	7,0	0,24

Примітка: * вірогідність різниці між групами $p < 0,05$.

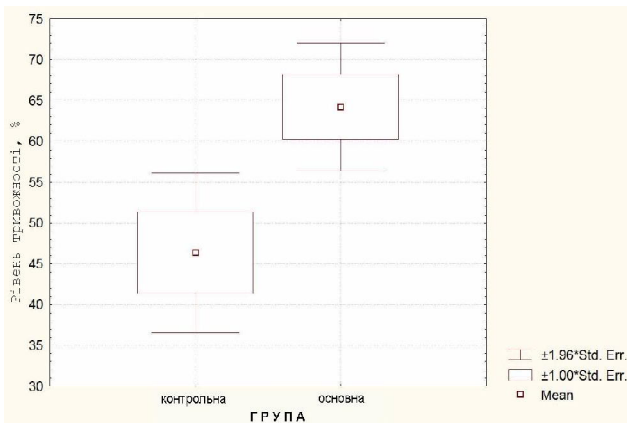


Рис. 1. Порівняння рівня передопераційної тривожності у пацієнтів обох груп (за шкалою АШПТ, у %).

гічної передопераційної підготовки, попередніх оперативних втручань, тривалості захворювання. Сприйняття також залежить від віку та статі пацієнта, рівня його освіти. Основні результати оцінки стресу за шкалою АШПТ наведені в таблиці 1.

Загальний рівень тривожності підрозділяють на низький (4-11 балів) та високий (12-20 балів). Згідно даних таблиці рівень тривожності в обох групах відноситься до високого (вище загальноприйнятої межі у 11 балів між низькою та високою тривожністю). Загальний ступінь страху та тривожності при ЕВХ операціях був вірогідно меншим у порівнянні із контрольною групою (рис. 1).

В основній групі кількість осіб з високою тривожністю склала 64,7%, в контрольній - 87,5%. Спостерігається суттєва різниця у показнику жінок та чоловіків. Жінки реагують більш емоційно (показник кореляції $r=0,49$, $p<0,05$), їх рівень тривожності склав $14,3\pm0,63$ проти $11,4\pm0,79$ у чоловіків ($p<0,05$), що співпадає з результатами інших дослідників [Ветшев и др., 2008].

Таким чином, у всіх пацієнтів напередодні оперативного втручання є достатньо високий рівень тривожності. Це може вплинути негативно, як на перебіг самої операції, так і наякість надання анестезіологічної підтримки [Moerman et al., 1996; Voker et al., 2002]. Рівень емоційної реакції на проведення наркозу (питання 1, 2) склав в основній групі 55,0%, в той час як у контрольній - 71,3% ($p<0,05$). У пацієнтів, у яких в анамнезі були оперативні втручання рівень тривожності щодо проведення наркозу був дещо нижчим, але із збереженням різниці між групами (46,7% проти 63,7%).

Потреба в поінформованості відносно проведення анестезіологічної підтримки та оперативного втручання залишається високою і практично однаковою в обох групах (питання 3 та 6, табл. 6.1), без різниці між жінками і чоловіками. Потреба в поінформованості залежить від віку пацієнта, чим він молодший тим вона вища (показник кореляції $r=-0,38$, $p<0,05$), від рівня освіти ($r=0,25$, $p<0,05$), від наявності попередніх оперативних втручань ($r=-0,17$, $p<0,05$), відмісця проживання (сільська місцевість, $r=0,37$, $p<0,05$). У пацієнтів із достатнім об-

’ємом інформації про знеболення та хід операції ступінь і рівень тривожності також загалом нижчий. У зв’язку з таким результатом, нами було застосовано спеціальний інформаційний комплекс для пацієнтів (50 хворих), який включав: 1) бесіду лікуючого лікаря та анестезіолога з висвітленням ряду конкретних питань пов’язаних із анестезіологічною підтримкою та оперативним втручанням, 2) наданням пацієнту короткого буклету. Ми порівняли результати у 24 пацієнтів з проведенням інформаційної підтримки з попередніми даними. Потреба в поінформованості знизилася майже на 2 бали (до 5,2 в основній та 5,1 в контрольній групі), а рівень тривожності знизився у основній групі до 9,9 бала, залишаючись вірогідно нижчим у порівнянні із контрольною групою (14,1 бала).

Інша анкета за шкалою ААХПТ, яку ми застосовували паралельно, дає можливість розмежувати окремо фактори тривожності пов’язані із анестезіологічною підтримкою та власне оперативним втручанням (табл.2). За цією анкетой також відмічається більш низький рівень тривожності у пацієнтів, що підлягають ЕВХ операціям у порівнянні з відкритими втручаннями. Рівень емоційної реакції на проведення наркозу (питання 1-5) склав в основній групі 31,9%, в той час як у контрольній - 47,1% ($p<0,05$). Така ж закономірність стосується і самого оперативного втручання - тривожність у відношенні до операції склала в основній групі 35,5%, в той час як у контрольній - 47,5% ($p<0,05$). Загальний рівень тривожності також відобразив різницю між групами - в основній групі 33,7% та у контрольній - 47,3% ($p<0,05$). В цілому показники тривожності за цією анкетой були нижчими, ніж за опитувальником АШПТ.

Найбільш простим у застосуванні було використання візуальної аналогової шкали. Показники застосованої нами шкали ВАШ для передопераційного очікування пацієнтів корелювали із загальним рівнем тривож-

Таблиця 2. Ступінь передопераційної тривожності у пацієнтів (за шкалою ААХПТ).

№ п/п	Показник	Група основна (232)		Група контрольна (94)	
		М	m	М	m
1	Питання 1, балів	2,8	0,24	3,4	0,16
2	Питання 2, балів	2,2	0,17	2,7*	0,20
3	Питання 3, балів	2,1	0,17	2,5	0,24
4	Питання 4, балів	2,0	0,15	2,9*	0,26
5	Питання 5, балів	3,0	0,22	3,5	0,19
6	Питання 6, балів	2,2	0,22	2,8	0,24
7	Питання 7, балів	2,4	0,22	2,7	0,23
8	Питання 8, балів	2,1	0,16	2,7*	0,25
9	Тривожність у відношенні до наркозу, у %	31,9	3,7	47,1*	4,3
10	Тривожність у відношенні до операції, у %	35,5	3,7	47,5*	4,4
11	Загальна тривожність, у %	33,7	3,2	47,3*	3,9

Примітка: * вірогідність різниці між групами $p<0,05$.

Таблиця 3. Ступінь передопераційної тривожності пацієнтів з відкритими та EBX втручаннями.

№ п/п	Показник	Група основна (232)		Група контрольна (94)	
		М	m	М	m
1	Тривожність за шкалою АШПТ	46,4%	4,9%	64,2%*	3,9%
1	Тривожність за шкалою ААХПТ	33,7%	3,2%	47,3%*	3,9%
2	Тривожність за шкалою ВАШ	35,8%	3,1%	67,3%*	3,2%

Примітка * вірогідність різниці між групами $p < 0,05$.

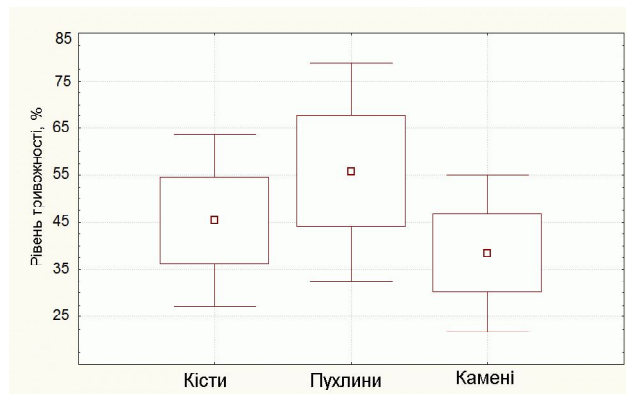


Рис. 2. Рівень передопераційної тривожності у пацієнтів в залежності від діагнозу (за шкалою АШПТ, у %).

ності ($r=0,68$, $p<0,001$). Ступінь тривожності визначений за ВАШ був дещо меншим в обох групах ніж за шкалою АШПТ, але зі збереженням різниці між ними. Показники ВАШ корелювали з відповідями на питання шкали ААХПТ - із загальним показником ($r=0,61$, $p<0,001$) та окремими питаннями (від $r=0,42$, $p<0,05$ до $r=0,65$,

$p<0,001$). В цілому рівень тривожності був пов'язаний із погіршенням самопочуття, сну та апетиту пацієнтів.

Якщо розглянути рівень передопераційної тривожності у пацієнтів в залежності від виду патології, то безумовно він вищий у хворих з пухлинами нирок (рис. 2) і найменший у пацієнтів з СКХ.

При порівнянні даних усіх трьох анкет отримані результати приводять до висновку про можливість використання будь-якої із анкет та про вірогідне зменшення передопераційної тривожності, напруги та страху у пацієнтів, які планується оперувати із застосуванням EBX технологій.

Висновки та перспективи подальших розробок

1. У пацієнтів що оперуються з приводу урологічної патології спостерігається високий рівень тривожності, що може ускладнити ефективну анестезіологічну підтримку. При EBX операціях рівень тривожності вірогідно нижчий ніж при відкритих.

2. Для експрес оцінки рівня тривожності візуальна аналогова шкала є простою у застосуванні і достатньо інформативною, для виділення групи пацієнтів які потребують додаткової уваги анестезіолога в передопераційному періоді.

3. Передопераційна підготовка повинна включати необхідне пацієнту інформування про майбутнє знеболення та хід і тривалість операції.

Перспективи подальших досліджень. Отримані результати вимагають подальшого поглибленого вивчення проблем покращання передопераційної підготовки та збільшення уваги до психологічних факторів впливу на пацієнтів із урологічною патологією.

Список літератури

- Артюшкина В. К. Преоперационный стресс: психологические особенности пациентов с учетом возрастных и гендерных различий / В. К. Артюшкина, Д. В. Сологуб // Российская оториноларингология. - 2012. - № 1. - С. 24-29.
- Ветшев П.С. Лапароскопические урологические операции, современные критерии их оценки / П.С. Ветшев, С.Н. Нестеров, Б.В. Ханалиев // Эндоскопическая урология. - 2008. - № 2. - С. 31-35.
- Boker A. The Amsterdam preoperative anxiety and information scale provides a simple and reliable measure of preoperative anxiety / A. Boker, L. Brownell, N. Donen // Can J Anaesth. - 2002. - № 49. - P. 792-798.
- Moerman N. The Amsterdam preoperative anxiety and information scale (APAIS) / N. Moerman, F. van Dam, M. J. Muller, H. Oosting // Anesth Analg. - 1996. - Vol. 82. - P. 445-451.
- Psychological stress impairs early wound repair following surgery / [Broadbent E., J. Petrie K., Alley P. G., Booth R. J.] // Psychosomatic Medicine. - 2003. - № 65. - P. 865-869.
- Psycho-oncology / Ed: J. C. Holland, W. S. Breitbart, P. B. Jacobsen [et al.] - London: Oxford University Press. - 2010. - 712 p.
- Wetsch W. A. Preoperative stress and anxiety in day-care patients and inpatients undergoing fast-track surgery / W. A. Wetsch, I. Pircher, W. Lederer [et al.] // British J Anaesthesia. - 2009. - Vol. 103, № 2. - P. 199-205.

Пидмурняк А.А.

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ СТРЕСС И ПРЕОПЕРАЦИОННАЯ ТРЕВОЖНОСТЬ У УРОЛОГИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ

Резюме. В статье приведен анализ результатов оценки степени преоперационного стресса у пациентов с лапароскопическими и открытыми урологическими операциями. Установлено, что при малоинвазивных операциях степень психологического стресса и преоперационной тревожности достоверно меньше, чем при открытых вмешательствах.

Ключевые слова: психологический стресс, преоперационная тревожность, малоинвазивная урология, анкетирование.

Pidmurniak A.A.

PSYCHOLOGICAL STRESS AND PREOPERATIVE ANXIETY IN UROLOGICAL PATIENTS

Summary. The article presents analysis of the assessment of the preoperative stress level in patients with laparoscopic and open urological operations. It was established that at low-invasive operations the degree of psychological stress and preoperative anxiety is significantly less than with open surgery.

Key words: *psychological stress, preoperative anxiety, minimally invasive urology, questionnaires.*

Стаття надійшла до редакції 21.05.2014 р.

Підмурняк Олексій Олексійович - к. мед. н., заступник головного лікаря з хірургічної роботи Хмельницької обласної лікарні; +38 067 945-37-71; docaleksey@yandex.ru

© Вернигородський С.В.

УДК: 616-003.972:616.33-006.6:616.12-008.331.1

Вернигородський С.В.

Кафедра патологічної анатомії, судової медицини та права Вінницького національного медичного університету імені М.І. Пирогова (вул. Пирогова, 56, м. Вінниця-18, 21018, Україна)

ПРОЛІФЕРАЦІЙНА АКТИВНІСТЬ ШЛУНКОВОГО ЕПІТЕЛІУ ПРИ ХРОНІЧНОМУ АТРОФІЧНОМУ ГАСТРИТІ

Резюме. На основі імуногістохімічного аналізу гастробіопсій при хронічному атрофічному гастриті з неповною кишковою метаплазією встановлено високий рівень проліфераційної активності епітелію (за Ki-67), що дозволяє виділити гіперпроліферативний варіант кишкової метаплазії СОШ. Запропоновано подальше застосування імуногістохімічних маркерів для скринінгу хворих з високим ризиком неопластичної трансформації СОШ.

Ключові слова: *хронічний атрофічний гастрит, проліфераційна активність, шлунковий епітелій.*

Вступ

Підвищення проліфераційної активності ДНК-синтезуючих клітин ямкового та шийкового епітелію, зниження швидкості їх диференціації в процесі постійного оновлення епітеліального шару при хронічному атрофічному гастриті (ХАГ) - основа розвитку кількісного дисбалансу між сполучнотканними та залозистими структурами СОШ і функціональної недостатності останніх [Фадєєнко та ін., 2007]. Порушення координації між процесами проліферації та диференціювання епітеліоцитів при передракових змінах, зокрема при кишкової метаплазії (КМ), і особливості проліферації й апоптозу метаплазованого епітелію СОШ у порівнянні з неметаплазованим можуть допомогти у прогнозуванні хвороби, визначенні ризику малігнізації.

Враховуючи відомості про те, що розвиток хронічного гелікобактерного гастриту завжди супроводжується порушенням клітинного оновлення СОШ [Leung et al., 2001], нами був вивчений стан проліферативної активності епітелію у хворих на ХАГ, асоційований з *H. pylori*, з і без КМ.

Як маркер проліферації нами був вибраний ядерний антиген Ki-67, оскільки він виявляється у всі активні фази клітинного циклу (G1, S, G2, та M), але відсутній у фазі спокою (G0) [Scholzen et al., 2002].

Важливу роль у виникненні та подальшому розвитку пухлин відіграють порушення процесів апоптозу та активація внутрішньоклітинних сигнальних каскадів [Yasui et al., 2005]. У сигнальному шляху індукції апоптозу особлива роль належить білку Bcl-2. Цей протеїн поряд з іншими (наприклад, Bcl-xL, Mcl-1 тощо) виконує функцію захисту клітин від апоптозу шляхом інактивації проапоптотичних білків [Thomenius, Distelhorst, 2003; Certo, 2006]. Численні клінічні спостереження останніх років переконливо доводять, що експресія білків p53 та Bcl-2 корелює з прогнозом перебігу ХАГ. Порушення координації між проліферацією та диференціюванням епі-

теліоцитів СОШ при передракових змінах (зокрема при КМ) вивчені недостатньо.

Метою роботи було встановлення особливостей проліфераційної активності епітелію СОШ при хронічному атрофічному гастриті.

Матеріали та методи

Обстежені 336 пацієнтів (192 (57%) чоловіків і 144 (43%) жінок), направлених в ендоскопічні відділення та кабінети для уточнення клінічного діагнозу. До основної групи хворих, яка підлягала динамічному спостереженню впродовж 6 років, увійшли 68 осіб з ХАГ із КМ із-за переважної асоціації останньої з цим захворюванням. У групі порівняння було дві підгрупи: перша включала 30 недужих на ХАГ без КМ, друга - 21 особу з морфологічно незміненою СОШ. Середній вік пацієнтів, що були обстежені в динаміці, склав (52,96±1,13) роки, середня тривалість захворювання на момент верифікації КМ - (2,6±0,63) роки.

В процесі фіброезофагогастродуоденоскопії та хромоендоскопії з 0,5% водним розчином метиленового синього виконували множинні біопсії (по 2 біоптата з тіла та антрального відділу шлунка та 1 з ділянки кута шлунка з урахуванням вимог модифікованої Сіднейської системи та з профарбованих ділянок СОШ) з наступним гістологічним вивченням біоптатів. Біопсійний матеріал фіксували у 10% нейтральному формаліні і після загальноприйнятої обробки виготовляли парафінові блоки, а з них - зрізи 5-7 мкм завтовшки. Для визначення метапластичних змін СОШ використовували наступні методи: загальногістологічні (фарбування гематоксиліном й еозином та за Ван Гізон), гістохімічні (забарвлення залозистим діаміном за Спайсером, орсеїном в поєднанні з альціановим синім, альдегід фуксином за Гоморі, альціановим синім при рН 1,0 та 2,5 в поєднанні з ШИК-реакцією).