

Некоторые параметры глазного дна при глаукоме и поствоспалительной атрофии зрительного нерва

Группы обследованных	Отношение горизонтального диаметра к вертикальному		Экскавация		Гало		Артерии		Вены		Малые сосуды среднее количество
	диска	экскавации	частота появления %	$\frac{S_{\text{экск.}}}{S_{\text{диска}}} \times 100\%$	частота появления, %	$\frac{S_{\text{гало}}}{S_{\text{диска}}} \times 100\%$	среднее количество	$\frac{n}{i} = 1 S_{\text{арт.}} \frac{n}{S_{\text{диска}}} \times 100\%$	среднее количество	$\frac{n}{i} = 1 S_{\text{вен.}} \frac{n}{S_{\text{диска}}} \times 100\%$	
Здоровые											
20—30 лет	0,955	1,184	58	7,60	32	6,40	7	0,92	5	1,23	3
40—70 лет	0,953	0,937	70	7,90	36	9,00	5	0,87	4	1,44	3
Больные глаукомой	0,955	0,906	87	33,6	56	19,30	5	0,60	4	0,93	1
с атрофией зрительного нерва	0,952	1,096	13	15,5	37	6,50	6	0,565	6	0,898	0

между отдельными параметрами. Сопоставление корреляционной зависимости с результатами функциональных исследований поможет выяснить механизм развития специфических глаукоматозных изменений в диске зрительного нерва.

ЛИТЕРАТУРА

1. Нестеров А. П., Егоров Е. А. Вестн. офтальмол., 1978, 1.—2. Паламарчук Г. С. Там же, 1969, 6.—3. Сабитова Д. Н. В кн.: Глаукома. Л., 1980.—4. Armaly M. F. Am. J. Ophthal., 1969, 69, 37.—5. Laatikainen L. Acta Ophthal. 1971, sup. 111.—6. Weisman R., Asself C., Phelps S. a. o. Trans Amer. Acad. Ophthal. Otolaring., 1973, 77, 157.

Поступила 13 апреля 1982 г.

УДК 616.681—055.1

О НАРУШЕНИЯХ ГЕРМИНАТИВНОЙ ФУНКЦИИ МУЖЧИН ПРИ НЕКОТОРЫХ ПАТОЛОГИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЯХ

С. Б. Петров

Кафедра патологической анатомии (зав.— проф. В. А. Добрынин) Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института им. С. В. Курашова

Реферат. Изучены морфометрические и морфогистохимические изменения половых желез 83 мужчин, умерших от рака, туберкулеза, хронической пневмонии.

В мужских гонадах нарушается созревание семенных клеток, которое заканчивается в далеко зашедших случаях гибелью герминативных клеток. Степень и глубина изменений носят неспецифический характер и определяются в основном стадией, длительностью заболевания и возрастом больного.

Ключевые слова: рак, туберкулез, хроническая пневмония, мужские гонады, герминативная функция.

Библиография: 8 названий.

Нарушения герминативной функции могут наступать не только при непосредственном поражении половых желез патологическим процессом, но и при заболеваниях, не влияющих прямо на них. В большинстве работ, посвященных изучению герминативной функции мужчин при различных патологических процессах, в частности при туберкулезе [2], показано, что в этиологии мужского бесплодия важную роль играют неспецифические факторы общего характера, в частности интоксикация. В то же время в этих работах изменения герминативной и эндокринной функций

рассматриваются изолированно друг от друга, хотя хорошо известно, что при стрессе в первую очередь изменяется именно эндокринная часть мужских гонад [4].

В работе сделана попытка связать изменения, происходящие в эндокринной и герминативной частях половых желез, с целью выяснения механизмов нарушений функций гонад и специфики этих изменений при различных патологических процессах. С этой целью были изучены гонады 83 мужчин, умерших от различных тяжелых хронических заболеваний, протекавших с длительной интоксикацией, в частности от рака различных органов (60 наблюдений), хронической пневмонии (12 наблюдений), туберкулеза (11 наблюдений). В качестве контроля использовали семенники 65 практически здоровых лиц в возрасте от 30 до 90 лет, погибших от случайных причин.

Половые железы взвешивали и изучали макроскопически. Изготавливали гистологические и гистотопографические срезы. С помощью окулярмикрометра МОВ-1 проводили морфометрическое исследование: определяли размеры клеток и их ядер, ядерно-цитоплазматический индекс, диаметр и толщину стенки семенных канальцев.

При исследовании морфофункционального состояния гландулоцитов яичка использовали несколько модифицированную нами классификацию, выделив большие, средние, незрелые и инволюционирующие клетки [3, 8].

Изучение герминативной функции проводили исходя из дифференцированности клеток в поперечно срезанном семенном канальце, учитывая стадию цикла герминативного эпителия [5].

Исследования показали, что семенные канальцы в гонадах у больных, умерших от рака и других патологических процессов, претерпевают существенные изменения. Базальные мембраны канальцев утолщаются, а диаметр их оказывается достоверно меньше диаметра канальцев у здоровых мужчин в тех же возрастных группах, особенно в возрасте 30—59 лет. В утолщенной базальной мембране отмечается накопление кислых гликозамингликанов, а также усиленное коллагенообразование. Склеротические процессы в собственной оболочке также усиливаются, эластический каркас семенных канальцев постепенно огрубевает, что создает картину увеличения количества эластических волокон. В некоторых случаях склеротические процессы ведут к облитерации и гиалинозису семенных канальцев. Однако общее количество гиалинизированных канальцев у умерших от хронических заболеваний, по нашим наблюдениям, оказалось не больше, чем у здоровых людей. Но если в контрольной группе, наряду с гиалинизированными, были обнаружены функционирующие семенные канальцы, в стенках которых склеротические процессы выражались в незначительной степени, то при раке процесс носил системный характер и достигал значительной выраженности в большинстве канальцев.

Склеротические процессы в базальных мембранах встречаются и у здоровых мужчин, однако они начинаются обычно в возрасте после 60 лет и являются более умеренными и постепенными, тогда как у больных изменения оказываются четко выраженными уже в возрасте 30—39 лет, причем степень изменений определяется тяжестью и длительностью заболевания.

Усиление склеротических процессов в стенках семенных канальцев сопровождается резко угнетением сперматогенеза. У больных раком уже в возрасте 30—39 лет в просвете семенных канальцев наблюдается уменьшение, а часто и полное исчезновение сперматид и сперматозоидов, что, по-видимому, можно объяснить задержкой дальнейшей дифференцировки семенных клеток. Наряду с этим, особенно при прогрессировании основного патологического процесса происходит угнетение и более ранних фаз сперматогенеза. В далеко зашедших случаях в канальцах остаются лишь сперматоциты, небольшое количество дегенерирующих сперматоцитов и поддерживающие клетки.

Столь глубокое торможение процесса сперматогенеза при тяжелых хронических заболеваниях вызвано, по нашему мнению, снижением гонадотропной функции гипофиза, обусловленным усиливающимися атрофическими процессами, и падением андрогенообразующей функции гландулоцитов, влекущим за собой уменьшение выработки тестостерона. Роль андрогенов, и в частности тестостерона, в сложном процессе регулирования сперматогенеза остается спорной.

Мы полагаем, что падение андрогенообразующей функции гландулоцитов, наблюдаемое уже при ранних стадиях развития опухоли и более выраженное у молодых субъектов [1], приводит к нарушению и задержке созревания семенных клеток на уровне созревания сперматоцитов. Прогрессирование основного заболевания влечет за собой снижение уровня ГТГ гипофиза [6], которое в сочетании с падением функции интерстициальных клеток вызывает на поздних стадиях процесса грубые, а местами и необратимые изменения в семенных канальцах. Определенную роль

в нарушении сперматогенеза играет усиление склеротических процессов в базальных мембранах семенных канальцев [7], которое препятствует нормальному прохождению ГГ гипофиза и тестостерона собственно яичка, а также, возможно, воздействие токенических продуктов, появляющихся в организме при длительном заболевании.

ВЫВОДЫ

1. При раках и тяжелых неонкологических заболеваниях уже в возрасте 30—39 лет наблюдаются глубокие изменения в герминативном аппарате мужских половых желез.

2. Степень и глубина изменений герминативного аппарата оказываются наиболее выраженными при раке, но не зависят от характера патологического процесса, а определяются в основном стадией, длительностью заболевания и возрастом больного.

ЛИТЕРАТУРА

1. Добрынин В. А., Петров С. Б. *Арх. патол.*, 1976, 10.— 2. Каплун М. И. Клинико-морфологические изменения в яичках при туберкулезе легких. Автореф. канд. дисс., Уфа, 1967.— 3. Медведев Ю. А., Портной А. С. *Арх. патол.*, 1969, 5.— 4. Медведев Ю. А. Морфофункциональная характеристика эндокринных желез при гипоксии. Автореф. докт. дисс., Л., 1972.— 5. Clermont J. *Am. J. Anat.*, 1963, 112, 1.— 6. Harris G. W. Hypothalamic control of the anterior lobe of the hypophysis. Houston, 1956.— 7. Hischimura R., Kondo J. *Urol. Intern.*, 1964, 18, 1.— 8. Sniffen R. S. *Arch. Pathol.*, 1950, 285.

Поступила 17 ноября 1981 г.

УДК 616.36—008.5—02:612.017.1

ПОПУЛЯЦИОННЫЙ ПРОФИЛЬ ЛИМФОЦИТОВ У БОЛЬНЫХ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХОЙ

Г. И. Харитонов

Кафедра факультетской хирургии (зав.—проф. В. А. Кузнецов), кафедра патологической физиологии (зав.—проф. И. М. Рахматуллин) Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института им. С. В. Курашова; Республиканская клиническая больница МЗ ТАССР (главврач—канд. мед. наук М. В. Буйлин)

Реферат. Методом розеткообразования определено содержание Т- и В-лимфоцитов венозной крови у 16 больных внепеченочным холестазом. Число Т-лимфоцитов при внепеченочном холестазе уменьшена, а В-лимфоцитов—увеличено. Не установлено пропорциональной зависимости этого уменьшения от повышения уровня прямого билирубина крови.

Ключевые слова: механическая желтуха, лимфоциты, иммунитет.

2 таблицы. Библиография: 13 названий.

Клинические наблюдения показывают, что для оценки функции печени у больных с экстрапеченочным холестазом недостаточно руководствоваться уровнем билирубина. В нашей практике встречались пациенты, у которых восстановление оттока желчи, сопровождавшееся снижением уровня билирубина на ранних сроках после операции, не влекло за собой улучшения их состояния и осложнялось в дальнейшем печеночной недостаточностью.

Обтурация желчных путей является лишь пусковым механизмом обширных патофизиологических изменений в организме, в том числе в системе иммунитета.

Однако исследования по изучению иммунологических характеристик при механической желтухе единичны. Сюренти и др. (1980), изучая влияние неконъюгированных желчных кислот на способность Т-лимфоцитов к розеткообразованию, высказали предположение об угнетении клеточного иммунитета у больных холестазами.

О. С. Шкроб и соавт. (1981) отмечали при внепеченочном холестазе угнетение фагоцитоза и внутриклеточного переваривания микробов, снижение бактерицидной активности сыровотки крови. На снижение последней при развитии печеночной недостаточности у больных механической желтухой указывает Ю. Н. Белокуров с соавт. (1982).

Нами определено содержание Т- и В-лимфоцитов венозной крови у 28 больных в возрасте от 37 до 78 лет. У 16 из них была механическая желтуха, 12 больных составили референтную группу.