

УДК 616-006.441/.443:612.13

Г.С. Гулян, В.И. Невожай, Н.Д. Татаркина

ГЕМОДИНАМИКА У БОЛЬНЫХ С ЛИМФОПРОЛИФЕРАТИВНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Приморский краевой онкологический диспансер
(г. Владивосток),
Владивостокский государственный медицинский
университет

Ключевые слова: лимфомы, лимфогранулематоз,
гемодинамика.

Показатели заболеваемости неходжкинскими лимфомами в Приморском крае за 1999–2004 гг. составили в среднем 14,0, а лимфогранулематозом – 10,9 на 100 000 взрослого населения. Заболеваемость лимфопролиферативными заболеваниями сохраняется примерно на одном уровне. Целью настоящей работы послужила комплексная оценка состояния сердечно-сосудистой системы, гемодинамики в легких и печени при различных формах и стадиях лимфопролиферативных заболеваний. Были поставлены задачи выявления взаимоотношений органного и системного кровотоков, их связь с клинико-лабораторным вариантом заболевания и осложнениями в динамике на фоне выполнения протоколов химиотерапии.

Под наблюдением находилось 100 больных с неходжкинскими лимфомами и лимфогранулематозом. Все пациенты были разделены на три клинические группы: 1-я – больные лимфогранулематозом II и III стадий (34 человека), 2-я – больные неходжкинскими лимфомами II и III стадий (21 человек), 3-я – больные неходжкинскими лимфомами IV стадии (45 человек). Всем пациентам выполнены исследования центральной, печеночной и легочной гемодинамики одновременно на фоне лечения. Обследование проводилось в условиях хирургического отделения Приморского краевого онкологического диспансера и гематологического отделения Краевой клинической больницы № 2. Лечение приводилось по стандартным схемам полихимиотерапии. Некоторым пациентам, как правило резистентным к стандартному лечению, были проведены курсы высокодозной химиотерапии.

Для оценки внутрипеченочной гемодинамики использован метод тетраполярной реографии по А.С. Логинову и Ю.Т. Пушкарю в модификации Н.С. Каплана. Для исследования центральной гемодинамики использован метод тетраполярной грудной реографии по Kubicek et al. в модификации Ю.Т. Пушкаря и др. Состояние легочной гемодинамики изучено методом правожелудочковой реографии по Ю.Т. Пушкарю в модификации Л.Е. Баяновой и Н.Д. Татаркиной. Полученные данные обработаны методами вариационной статистики с помощью интегрированного пакета компьютерных программ,

прилагаемого к реографу-полианализатору РГПА-6/12 [2, 8, 9, 12, 15].

У пациентов всех трех групп доминирующим был гиперкинетический тип центральной гемодинамики, который характеризовался умеренно повышенным ударным объемом кровообращения в 1-й и 2-й группах. По мере прогрессирования заболевания, развивающейся анемии и увеличения степени декомпенсации сердечно-сосудистой системы увеличивалось число больных со сниженным ударным объемом. В наблюдениях с IV стадией патологического процесса периферическое сопротивление сосудов было увеличено как за счет их инфильтрации опухолевыми клетками, так и за счет вазоспастического эффекта, который вызывали биологически активные вещества, выделяемые пролиферирующими элементами. Показатели центральной гемодинамики при лимфомах и лимфогранулематозе были однотипными и характеризовались высоким сердечным выбросом [9, 10].

При анализе показателей легочной гемодинамики было отмечено их достоверное смещение в сторону вазодилатации во всех группах наблюдения. У больных с IV стадией лимфом на фоне развивающейся декомпенсации в ряде случаев отмечался вазоспазм, что соответствует данным литературы [1, 3, 15]. Показатель кровенаполнения был снижен во всех группах, в большей степени у больных с IV стадией лимфопролиферативного процесса, что можно связать с токсическим воздействием биологически активных веществ, выделяемых клетками опухоли, и более выраженными изменениями параметров центральной гемодинамики на фоне сердечно-сосудистой декомпенсации [4, 14, 15]. Периферическое сопротивление и венозный застой в легких был наиболее выражен у пациентов с легочной инфильтрацией, интоксикационным синдромом и синдромом сдавления верхней полой вены, а также у пациентов, получивших гамма-терапию на область средостения.

Печеночная гемодинамика претерпевала сходные изменения, затрагивавшие в основном объемно-скоростные показатели и тонус мелких сосудов [11, 12, 15]. Собственно внутрипеченочный кровоток определялся тонусом мелких сосудов органа и слабо зависел от показателей сердечного выброса и периферического сосудистого сопротивления. Сосудистое сопротивление и венозный застой был повышен у пациентов с выраженной инфильтрацией и метастатическим поражением печени, а также у больных с синдромом сдавления нижней полой вены. Эластические свойства артериальных стволов достоверно в группах наблюдения не различались. Сходные изменения показателей печеночного кровотока при неходжкинских лимфомах и лимфогранулематозе подтверждают универсальность механизмов ауторегуляции органного кровотока в условиях гиперкинетического типа кровообращения при

лимфопротрофических заболеваниях [1, 5, 12]. Это подтверждается и схожестью изменений центральной, легочной и печеночной гемодинамики, когда в условиях преобладающего гиперкинетического типа кровообращения, которому способствует нарастающая по мере прогрессирования заболевания ферментация, включаются механизмы ауторегуляции центрального и органного кровотока [12, 13]. Описанные механизмы в конечном итоге способствуют сохранению нормального удельного кровотока в органе и обеспечению его функционирования в условиях нарастающей опухолевой инфильтрации и декомпенсации сердечно-сосудистой системы.

Литература

1. Абдулкадыров К.М., Бессмельцев С.С., Рукавицин О.А. Хронический миелолейкоз. — СПб. : — Спец. литература, 1998.
2. Боголюбов В.М., Тимофеева М.Ф. // *Клин. медицина*. — 1976. — № 4. — С. 115–119.
3. *Болезни органов дыхания : руководство для врачей в 4 томах / под ред. Н.Р. Палеева*. — Т. 3. — М. : Медицина, 1989.
4. *Внутренние болезни : книга 8 / под ред. Е. Браунвальда, К.Дж. Иссельбахера, Р.Г. Петерсдорфа и др. ; пер. с англ.* — М. : Медицина, 1996.
5. Воробьев И.А., Харазидзе А.Г. // *Тер. архив*. — 2003. — № 7. — С. 5–7.
8. Геращенко Е.В. Печеночная гемодинамика при хроническом лимфолейкозе : автореф. дис. ... канд. мед. наук. — Владивосток, 1999.
9. *Клиническая кардиология : руководство для врачей / под ред. Р.К. Шланта и Р.В. Александера; пер. с англ. В.Н. Хирманова*. — М. : Невский диалект, 2000.
10. Логинов А.С., Аруин Л.И. *Клиническая морфология печени*. — М. : Медицина, 1985.
11. Подымова С.Д. *Болезни печени : руководство для врачей*. — М. : Медицина, 1993.
12. Пушкарь Ю.Т. *Исследование регионарного кровообращения и центральной гемодинамики с помощью реографических методов*. — М. : Медицина, 1981.
13. Романова А.Ф., Виговская Я.И., Логинский В.Э. *Справочник по гематологии*. — Киев : Здоровье, 1997.
14. Armitage S.O., Burus C.P., Kent T.H. // *Cancer*. — 1978. — No. 41. — P. 737–742.
15. Bodey G.P., Powell R.D., Hersh E.M. et al. // *Cancer*. — 1966. — No. 19. — P. 781–793.

Поступила в редакцию 03.04.05.

THE HAEMODINAMICS IN PATIENTS WITH LIMPHPROLIFERATIC DISEASES.

G.S. Gulyan, V.I. Nevozhai, N.D. Tatarkina
Primorsky Regional Oncologic Center (Vladivostok), Vladivostok State Medical University

We analysed 100 cases of the central hemodynamics in patients with different stages of lymphomas treated by usual schedules of chemotherapy and high-dose schedules with high dose of the cytostatics. Our group was consist of the patients with the different histological types of this disease. They were separated in 3 groups and each of it were underwent full reological investigation of the central, lung and liver hemodynamics. Those patients who achieved completed remission and had no poor prognosis factors had significant advances in haemodynamics restore than others.

Pacific Medical Journal, 2005, No. 4, p. 43–44.

УДК 616.351-006.6+616.348-006.6]-07-089.168

А.Ф. Пономарев, В.Н. Ищенко, Л.С. Денисенко,
С.Е. Гаврина, Ю.П. Пахолок

АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ РАКА ПРЯМОЙ И ОБОДОЧНОЙ КИШКИ

ПО МАТЕРИАЛАМ КЛИНИКИ ЗА 10 ЛЕТ

Владивостокский государственный медицинский университет,
Приморская краевая клиническая больница № 1
(г. Владивосток)

Ключевые слова: колоректальный рак, диагностика, лечение.

По данным ВОЗ, в экономически развитых странах рак прямой и ободочной кишки занимает 3–4-е место в структуре онкологических заболеваний. В странах с высоким уровнем заболеваемости соотношение случаев рака ободочной и прямой кишки соответствует 2:1. В России, как и в большинстве стран, отмечается постоянное увеличение числа больных с колоректальным раком. За последние 10

лет прирост заболеваемости при раке ободочной кишки составил 18,7% у мужчин и 18,9% у женщин, а при раке прямой кишки соответственно — 16,2 и 6,6%. Большинство (почти 85%) случаев первично диагностированного рака приходится на возраст 60 лет и старше.

В Приморском крае заболеваемость злокачественными опухолями ободочной и прямой кишки также имеет устойчивую тенденцию к росту: за 1990–2002 гг. отмечено увеличение частоты колоректального рака на 74,8%. В 2001 г., по данным краевого онкологического диспансера, уже при постановке на учет 37% больных со злокачественными новообразованиями ободочной кишки имели IV стадию заболевания, и как следствие высокой «запущенности» одногодичная летальность составила 25,4%. Таким образом, 25–30% больных с раком ободочной кишки умирали в течение первого года с момента установления диагноза, еще не успев получить какого-либо лечения.

Ненамного лучше обстояли дела и с теми больными, которых решено было оперировать: большинство из них уже имели какое-либо осложнение или тяжелые сопутствующие заболевания. Известно, что кишечная непроходимость при раке ободочной кишки