

8. Murray M.G., Thompson W.F. — *Nucleic Acids Res.* — 1980. — Vol. 8. — P. 4321-4325.
9. Rothenbacher D., Bode G., Berg G. et al.// *J. Infect. Dis.* — 1999. — Vol. 179. — P. 398-402.
10. Taneike I., Tamura Y., Shimizu T. et al.// *Clin. Diagn. Lab. Immunol.* — 2001. — Vol. 8. — P. 731-739.
11. Tsutsui N., Taneike I., Ohara T. et al.// *Antimicrob. Agents Chemother.* — 2000. — Vol. 44. — P. 3069-3073.
12. Van Doorn L.-J., Figueiredo C., Sanna R. et al.// *Gastroenterology.* — 1998. — Vol. 115. — P. 58-66.
13. Yamaoka Y., Orito E., Mizokami M. et al.// *FEBS Lett.* — 2002. Vol. 517. — P. 180-184.
14. Yamaoka Y., Kodama T., Kita M. et al.// *Gut.* — 1999. — Vol. 45. — P. 804-811.
15. Yamaoka Y., Kodama T., Gutierrez O. et al.// *J. Clin. Microbiol.* — 1999. — Vol. 37. — P. 2274-2279.

Поступила в редакцию 19.02.04.

КОЛОНИЗАЦИЯ *HELICOBACTER PYLORI*- РИСК ВОЗНИКНОВЕНИЯ РАКА ЖЕЛУДКА

И. Танейке, Т. Ямамото

Медицинский университет г. Ниигата (Япония)

Резюме. Авторы наблюдали семью из 5 человек с хеликобактерной инфекцией. По результатам генотипирования выяснено, что мать и отец были носителями разных типов *H. pylori*. Отец страдал язвенной болезнью 12-перстной кишки. Дуоденальные язвы были обнаружены и у двух сыновей (9 и 7 лет), причем они были носителями разных генотипов бактерий («отцовского» и «материнского»). У третьего сына (4 года) *H. pylori* не обнаружен. После лечения у 9-летнего сына (носителя инфекции «отцовского» типа) наступило выздоровление, но он был реинфицирован матерью. Обсуждается роль *H. pylori* в развитии язвенной болезни и рака желудка.

Pacific Medical Journal, 2004, No. 2, p. 94-96.

УДК 616.441-006-039+616.45-006.488]-07-089

И.М.Рольщиков, Т.А.Дорошенко, В.А.Ковалев,
П.В. Москвичев

СИНДРОМ СИПЛА

Владивостокский государственный медицинский университет

Ключевые слова: синдром Сиппла, диагностика, оперативное лечение.

В 1961 г. J. Sipple впервые описал сочетание медулярного рака щитовидной железы с феохромоцитомой [4]. В дальнейшем этот синдром получил его имя. По данным ряда исследователей, указанная патология является редким видом эндокринного аденоматоза с аутосомно-доминантным типом наследования [1,2,3]. Клиническая картина синдрома характеризуется симпатоадреналовыми кризами, обусловленными выработкой биологически активных аминов как феохромоцитомой, так и С-клетками медулярного рака щитовидной железы.

На базе отделения эндокринной хирургии Приморской краевой клинической больницы № 1 с 1986 по 2003 г. наблюдали и оперировали двух родных сестер и их сибса (двоюродную сестру по линии матери). Мать сестер лечилась по поводу рака щитовидной железы и умерла от нарушения мозгового кровообращения в возрасте 47 лет. На секции была обнаружена двухсторонняя феохромоцитома. Приводим клинические наблюдения.

Больная Ш., 22 лет, в тяжелом состоянии доставлена в клинику 20.05.1986 г. из г. Партизанска на третьи сутки после нормальных срочных родов здоровым ребенком. На вторые сутки после родов у больной начались расстройства гемодинамики: артериальное давление колебалось от 240/120 до 80/50 мм рт. ст. Из анамнеза выяснено, что за год до родов женщина была оперирована по поводу узлового нетоксического зоба. Была выполнена субтотальная резекция правой доли щитовидной железы, при гистологическом исследовании диагностирован медулярный рак. На мо-

мент описываемой госпитализации в правом боковом треугольнике шеи по ходу кивательной мышцы пальпаторно определялась группа увеличенных (до 1,2 см в диаметре) лимфоузлов. Больной выполнено ультразвуковое исследование органов брюшной полости, при котором найдена опухоль правого надпочечника 6 см в диаметре. На томограммах в условиях ретропневмоперитонеума определена двухсторонняя аномалия почек и опухолевидное образование в правом надпочечнике. На четвертые сутки после поступления произведена лямботомия справа с резекцией 11-го ребра и адреналэктомия с опухолью. Гистологическое заключение: феохромоцитома, альвеолярно-дискомплексированный вариант. Выписана на 13 сутки после операции с артериальным давлением 110/70 мм рт. ст., уровень катехоламинов крови снизился до нормальных цифр.

Учитывая нерадикально выполненное оперативное вмешательство по поводу рака щитовидной железы в прошлом и наличие увеличенных лимфоузлов, через два месяца сделана экстрафасциальная тиреоидэктомия с эксцизией шейных лимфоузлов справа. Осмотрена в динамике — здорова.

В январе 1991 г. к эндокринологу обратилась старшая сестра предыдущей больной — К., 35 лет, с жалобами на наличие опухолевидного образования на передней поверхности шеи и сердцебиения. Так как врач была знакома с историей семьи, заподозрен синдром Сиппла, в связи с чем больная направлена в отделение эндокринной хирургии. При осмотре в правой доле щитовидной железы найдено узловое образование до 3,5 см в диаметре, плотно-эластической консистенции, смешивающееся во время акта глотания. Регионарные лимфоузлы шеи не увеличены. Выполнено ультразвуковое исследование обоих надпочечников, при котором в проекции левого надпочечника выявлено два дополнительных округлых образования 4,2 и 4,8 см в диаметре. Гемодинамика до операции в пределах нормы, гормональный фон периферической крови без особенностей. Больная оперирована. В момент операции при выделении опухоли отмечен подъем давления до 180/100 мм рт. ст., пульс участился до 130 в мин. После отключения центральной надпочечниковой вены от кровотока артериальное давление нормализовалось. На операции обнаружено две опухоли левого надпочечника в виде песочных часов размером 5,4х4х4 и 6х5х6 см. Выполнена адреналэктомия с опухолью. Гистологическое заключение: адренокортикальная светло- и темноклеточная пролиферирующая аденома.

Через две недели после операции произведена экстрафасциальная тиреоидэктомия. При гистологическом исследовании подтвержден медуллярный рак щитовидной железы. Выписана в удовлетворительном состоянии, осмотрена в динамике — здорова.

18.06.2003 г. в отделение поступила двоюродная сестра ранее оперированных женщин — С., 30 лет. При осмотре активных жалоб не предъявляла, повышения артериального давления не отмечала. В марте 2003 г. была оперирована в г. Находка по поводу узлового нетоксического зоба II ст. (ВОЗ), выполнена субтотальная резекция правой доли щитовидной железы. Гистологическое заключение: медуллярный рак. На момент госпитализации в левой доле щитовидной железы пальпировался плотный малоподвижный узел до 2,5 см в диаметре. При ультразвуковом исследовании в месте расположения правого надпочечника выявлено два узловых неоднородных образования размером 9,2х5,6 и 3,5х3,5 см, сдавливавших нижнюю полую вену. Результаты ультразвукового исследования были подтверждены данными компьютерной томографии. 26.06.2003 г. произведена торакофренолюмботомия в 10-м межреберье справа, адреналэктомия с опухолью. Опухоль была размером 7х6х6,5 см, серо-розового и темно-красного цвета, однородной структуры. Гистологическое заключение: феохромоцитома, альвеолярный тип.

Учитывая нерадикально оперированный рак щитовидной железы и увеличение лимфатических узлов шеи с обеих сторон, диагностированное при ультразвуковом исследовании, 10.07.2003 г. выполнена экстрафасциальная тиреоидэктомия с эксцизией шейных лимфоузлов. Послеоперационный период протекал гладко, выписана на 12 сутки после операции под наблюдение онколога и эндокринолога.

Таким образом, представленные наблюдения свидетельствуют о возможности поражения нескольких

эндокринных органов у одного и того же больного, в связи с чем возникает необходимость в проведении комплекса диагностических мероприятий при обследовании органов эндокринной системы в случае поражения одного из них, особенно при наличии семейного анамнеза. По нашему мнению, при синдроме Сиппла на первом этапе следует выполнять операцию на надпочечнике, а затем на щитовидной железе.

Литература

1. Бельцевич Д.Г., Кузнецов Н.С., Петеркова В.А. и др. // Пробл. эндокринолог. - 2003. - № 2. - С. 37-43.
2. Ветшев П.С., Мельниченко Г.А., Кузнецов Н.С. и др. // Хирургия. - 1996. - № 5. - С. 59-60.
3. Neuman H.P., Reincke M.S., Bender B. U. et al. // J. Clin. Endocrinol. Met. - 1999. - Vol. 84, No. 8. - P. 2608-2610.
4. Sipple J.H. // Am. J. Med. - 1961. - Vol. 31. - P. 163-166.

Поступила в редакцию 16.02.04.

SIPPLE'S SYNDROME

I.M. Rolschikov, T.A. Doroshenko, V.A. Kovalev,
P. V. Moskvichev

Vladivostok State Medical University

Summary — The authors describe four cases of Sipple's syndrome, a combination of medullary carcinoma of the thyroid gland and pheochromocytoma, within one family. The mother, two daughters and their maternal cousin have been kept under observation. The mother died of cerebral haemorrhage, the surgical treatment applied to the sisters turned out to be successful. As a result, the integrated examination of the endocrine glands when there is a tumorous affection of one of them is of the essence. According to the authors' standpoint, under the Sipple's syndrome the surgery should be started with removing the pheochromocytoma and thereupon the special operation for the thyroid gland should be performed.

Pacific Medical Journal, 2004, No. 2, p. 96-97.

УДК616.831-002-022.39-036.21:578.833](571.61/.64(049.32)

Болотин Е.И. Функциональная организация природных очагов зоонозных инфекций (на примере очагов клещевого энцефалита юга Российского Дальнего Востока). - Владивосток: Издательство ДВГТУ. - 2002. - 150 с.

Проблема зоонозных инфекций нашла отражение в большом количестве публикаций. Известен и ряд монографий по различным аспектам клещевого энцефалита (КЭ), обобщающих обширные материалы отечественных ученых. Поэтому с появлением новой книги читатель ожидает найти в ней результаты принципиально новых фундаментальных научных исследований, так же как и разработки практического плана. Монография Е.И. Болотина, как отмечает автор, направлена на решение трех основных задач: изучение взаимосвязи эпидемического проявления (в данном случае заболеваемости или тяжести течения инфекции) природных очагов КЭ с факторами различной природы, анализ устойчивости данных систем и пространственно-временное прогнозирование их функционирования.

Работа состоит из четырех глав. Рассмотрению перечисленных выше трех задач отводятся 2-4 главы. В 1-й главе автор анализирует «методологические основы изучения

очагов КЭ». Фактически же ее содержание сведено к обсуждению понятия природного очага инфекции в трактовке основоположника учения о природной очаговости болезней Е.Н. Павловского и ряда известных ученых (В.Н. Беклемишева, В.В. Кучерука, Э.И. Коренберга, А.Г. Воронова, В.Ю. Литвина и др.). Все эти определения хорошо известны специалистам, и сравнительное сопоставление их неоднократно приводилось в литературе. Что же новое предлагает Е.И. Болотин в определении понятия природного очага? Автор подразумевает под природным очагом биосоциальную систему: «Природный очаг инфекции — это антропоэкосистема определенного иерархического уровня, в которой обеспечивается существование и проявление возбудителя болезни и реализуется тот или иной уровень заражения людей». Таким образом, Е.И. Болотин рассматривает человека в качестве компонента природных очагов зоонозов. Однако при такой постановке вопроса эти заболевания потеряли бы статус зоонозов. Кроме того, основой концепции природной очаговости болезней Е.Н. Павловского является признание независимого от человека существования природного очага. Человек же, как известно, является тупиком для большинства возбудителей зоонозов. Тезис Е.И. Болотина о том, что нет заболеваний, нет и природного очага, принципиально неверен, являясь в то же время дезориентирующим. В силу