

Таблица 5  
Показатели катаболического синдрома у больных с тяжелой ожоговой травмой

Параметр	1'я подгруппа	2'я подгруппа
Общий белок, г/л	56,1±2,9	52,3±2,8
Альбумин, г/л	58,5±2,1	24,7±1,9
Альбумины/ глобулины	1,03±0,03	0,91±0,02
Протромбиновый индекс, %	80,6±3,1	78,1±4,7
Мочевина мочи, ммоль/кг/сут	3,21±0,01	3,64±0,01
Холестерин, мкмоль/л	2,88±0,19	2,71±0,14

Примечание. Разница между подгруппами статистически достоверна ( $p < 0,05$ ).

Таким образом, развитие гнойно-септических осложнений находится в прямой зависимости от тяжести синдрома системной воспалительной реакции и связанных с ним нарушениями метаболических процессов, дезорганизацией функций основных органов и систем, тяжестью интоксикации. Наиболее значимыми прогностическими клинико-лабораторными критериями развития гнойно-септических осложнений у ожоговых больных являются тахикардия, гипертермия, лейкоцитоз, сегментоядерный сдвиг, лимфопения, гипопротейнемия, гипоальбуминемия, гиперфибриногенемия. Выявление шести и более прогностических критериев свидетельствует о высоком риске возникновения осложнений у ожоговых больных.

#### Литература

1. Алексеев А.А. Ожоговый сепсис: диагностика, профилактика, лечение. — Дисс... докт. мед. наук. — М., 1993.
2. Атясов Н.И., Матчин Е.Н. Восстановление кожного покрова тяжелообожженных сетчатыми трансплантатами. — Саратов: Издво Саратовского ун-та, Саранский филиал, 1989.
3. Вашина И.Р., Бугров С.Н.//Акт. пробл. термической

травмы: Мат. международной конф. — СПб., 2002. — С. 40q41.

4. Вихриев Б.С., Бурмистров В.М. Ожоги: Руководство для врачей. — Л.: Медицина, 1986.
5. Гринева М.В., Громов М.И., Комраков В.Е. Хирургический сепсис. — СПб. qM., 2001.
6. Малахова М.Я., Козулин Д.А.//Акт. пробл. термической травмы: Мат. международной конф. — СПб., 2002. — С. 186q188.
7. Парамонов Б.А., Порембский Я.О., Яблонский В.Г. Ожоги: Руководство для врачей. — СПб.: СпецЛит, 2000.
8. Фисталь Э.Я., Самойленко Г.Е.//Акт. пробл. термической травмы: Мат. международной конф. — СПб., 2002. — С. 222q224.
9. Barrow R.E.//Burns. — 2000. — Vol. 26. — P. 341q346.
10. Demling R.H., LaLondCh. Burn Trauma. — New York, 1989.
11. Deitch E.A.//New Engl. J. Med. — 1990. — Vol. 323, No. 18. — P. 249q253.
12. Hunt T.K.//J. Trauma. — 1979. — Vol. 19, No. 11. — P. 890q893.
13. Moore F.D.//Burn. — 2000. — Vol. 25. — P. 733q737.
14. Rose F.//Infect. Immun. — 2001. — Vol. 69. — P. 897q905.

Поступила в редакцию 17.07.03.

#### FORECASTING OF SUPPURATIVE INFECTIOUS COMPLICATIONS AT PATIENTS WITH THERMAL INJURY

T.N. Obydennikova, V.V. Usov, A.N. Gorsheev, S.M. Terekhov, S.V. Yakushin  
Vladivostok State Medical University, Farq Eastern District Medical Center of the Ministry of Public Health of the Russian Federation (Vladivostok)

Summary — While studying 18 clinical laboratory indexes of 154 burnt patients, the authors revealed that among the cases of burning injury complications developed the most often during the first three days were tachycardia (85.7%), hyperthermia (75.5%), leukocytosis (88%), segmentonuclear shift (73.4%), lymphopenia (62%), hypoproteinemia (85%), hypoalbuminemia (72.2%), and increase in fibrinogen level (82.8%). The aforementioned symptoms were considered to be as prognostic criteria. Provided that six or more symptoms were detected, the probability of complications that were likely to occur amounted to 87,5'100%.

Pacific Medical Journal, 2003, No. 4, p. 68q70.

УДК 616.248+616.233'002]085.37

Г.И. Суханова, М.А. Глушко, М.Ф. Киняйкин

### КОРРЕКЦИЯ АДАПТАЦИОННЫХ РЕАКЦИЙ ТИНРОСТИМОМ-СТ У БОЛЬНЫХ С БРОНХООБСТРУКТИВНЫМ СИНДРОМОМ

Владивостокский государственный медицинский университет

Ключевые слова: адаптация, бронхиальная астма, хроническая обструктивная болезнь легких, тинростим.

Лечение соматических больных, как правило, предполагает базисную патогенетическую и по возможности этиологическую терапию, направленную на купиро-

вание основных синдромов болезни. При этом перед врачом стоит задача определения наиболее рациональной, всеобъемлющей терапии, исключая полипрогмацию. Но в лечении каждого заболевания имеется ряд медикаментозных и немедикаментозных методов, которые способствуют более быстрому выходу больных из обострения. Так, пациентам с бронхообструктивным синдромом — бронхиальной астмой (БА) и хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ) — часто назначают препараты, нормализующие гемостаз и способствующие улучшению иммунитета, а также массаж, магнитно-лазерное лечение, разгрузочная диета, игло-рефлексотерапия и др. При этом определить эффективность основных и дополнительных методов лечения весьма затруднительно. Для контроля применяется исследование функций ряда систем организма, регулирующих гомеостаз, таких как нейрогуморальная,

иммунная, гемостаза, перекисного окисления липидов, антиоксидантная и др. Их проведение затруднительно и требует длительного времени.

Под нашим наблюдением находилось 35 больных БА и 25 ХОБЛ, части из которых кроме базисной терапии обструктивного синдрома назначался тинростим'СТ — препарат из оптических ганглиев промыслового кальмара *Berriteuthis magister* [1,12]. Ранее были отмечены его достаточно высокая эффективность как иммунокоректора, а также положительные гемореологические свойства у больных пневмонией и хроническим бронхитом [1, 8].

Первой особенностью настоящего исследования являлось изучение эффективности тинростимома'СТ при БА и ХОБЛ в период стационарного лечения. Во вторых, для оценки защитных сил и приспособительных реакций организма применялось не только много системное обследование, но и оценка состояния адаптации по программе «АнтиСтресс» [3, 4]. Ростовские ученые Л.Х. Гаркави, М.А. Уколова и Е.Б. Квакина, изучая состояние основных регулирующих систем организма, смогли выделить кроме реакции стресса, открытой Г. Селье [9,14], целую тетраду адаптационных реакций: реакцию тренировки, реакции спокойной и повышенной активации, а также реакцию переактивации. Эти реакции сложились в процессе эволюции для ответа на разные по природе, но малые по силе раздражители. Каждая из данных реакций существует на разных уровнях реактивности: высоком, среднем, низком и очень низком [3]. Результаты клинко'морфологических изменений были интерполированы на клинический анализ крови. Последний стал интегральным показателем как характеристики адаптационных реакций, так и уровней реактивности организма. Данные показатели определяются программой «АнтиСтресс», после введения параметров лейкоцитарной формулы крови пациента. Метод прост, краток (2'3 минуты), общедоступен, дешев и высокоинформативен. Определение каждой адаптационной реакции основано на подсчете количества лимфоцитов: реакция тренировки — 20'27%, реакция спокойной активации — 28'33,5%, реакция повышенной активации — 34'40%, реакция переактивации — более 45% и реакция стресса — менее 20%. Уровни реактивности определяются по изменению процентного содержания других форменных элементов лейкоцитарной формулы периферической крови (эозинофилов, нейтрофилов, моноцитов и общего числа лейкоцитов) [3]. В дальнейшем, на основании изменений лейкоцитарной формулы периферической крови авторы составили таблицу соответствия состояний адаптации у практически здоровых лиц, при этом учитывалась не только количественная разница элементов периферической крови, но и представленная программой «АнтиСтресс» их оценка в баллах с общей характеристикой состояния адаптации (здоровые, донологические, предболезнь, болезнь) [3,6]. Как видно из табл. 1, при одинаковом количестве лимфоцитов в первой графе на каждом уровне реактивности оценка в баллах раз-

Таблица 1  
Показатели адаптационных реакций и уровней реактивности по программе «Антистресс»

Содержание лимфоцитов, %	Баллы	Адаптационные реакции	Уровни реактивности	Состояние адаптации
20'27 28'33,5 34'40	1280'1920 2080'3520 1840'4920	РТ РСА РПА	А А А и В	Хорошее
20'27 28'33,5 34'40	640'960 1040'1760 920'1240	РТ РСА РПА	В В С	Удовл.
<20 >40 20'27 28'33,5 34'40	320'640 480 320'860 350'880 600	РС РП РТ РСА РПА	А и В В С С и D С и D	Неудовл. — сниженное
<20 >40 20'27	10'200 140'360 240	РС РП РТ	ССиD С и D Б	Неудовл. — значительно сниженное

Примечание. РТ — реакция тренировки, РСА — реакция спокойной активации, РПА — реакция повышенной активации, РП — реакция периактивации, РС — реакция стресса. А, В, С, D — высокие, средний, низкий и очень низкий уровни реактивности.

лична. Так, если при высоком уровне реактивности она достигает максимально высоких значений для каждой реакции, то при наихудшем — очень низком уровне реактивности — она минимальна.

Контрольную группу составили 30 здоровых некурящих лиц (15 мужчин и 15 женщин), средний возраст — 21,0±0,2 года. Все больные были разделены на две равнозначные группы по клиническому течению заболевания и изменению исходных показателей системы адаптации. 1'ю группу составили 25 больных БА и ХОБЛ (15 и 10 человек соответственно) в фазе обострения; средний возраст — 51,8±1,1 года. Больным этой группы назначали тинростим'СТ по 1,5 мг двукратно в течение 10 дней. Во 2'ю группу (сравнения) вошли 35 больных: из них 20 — с БА и 15 — с ХОБЛ в фазе обострения, соответствующего пола (средний возраст — 49±1,8 лет), получавших аналогичную терапию без включения тинростима'СТ.

Обследование больных проводилось до и после лечения в пульмонологическом центре Краевой клинической больницы № 1 (г. Владивосток). Диагноз был установлен в соответствии с Международным консенсусом по диагностике и лечению хронических обструктивных заболеваний легких [5, 7, 10, 11, 13]. Среди больных БА в 61,3% наблюдений установлена средняя степень тяжести и в 38,7% — тяжелая, среди больных ХОБЛ средняя стадия диагностирована в 48,3% и тяжелая — в 51,7% наблюдений. Оценка функции внешнего дыхания проводилась на спирометризаторе Spirosift'500, (Fucuda, Япония). Для определения потокового объема скорости выдоха использовали пикфлоуметр «Феррарис» (Англия).

Забор крови больных проводился в ранние утренние часы, натощак, при поступлении больных в стационар и перед выпиской (через 10<sup>12</sup> дней). Подсчет форменных элементов лейкоцитарной формулы производился на 200 клеток. В компьютер вводились данные анализа крови, пол и возраст пациентов, затем в течение 1<sup>2</sup> минут по программе «АнтиСтресс» получали ответ, где был указан уровень реактивности и характер адаптационной реакции.

Как свидетельствуют результаты обследования до лечения тинростимом<sup>1</sup>СТ, исходные показатели состояния адаптации были значительно хуже соответствующих значений у здоровых людей, и практически совпадали в обеих группах. Так, процент больных с неудовлетворительным (сниженным и значительно сниженным) состоянием адаптации статистически достоверно превышал показатели группы контроля. Напротив, лучшие показатели, характеризующие стабильное, хорошее состояние адаптации встречались в наименьшем проценте случаев, в обеих группах (табл. 2).

Через 10<sup>12</sup> дней после стационарного лечения и купирования обострения, улучшение показателей отмечалось в обеих группах, но с достоверно выраженным превосходством среди лиц, получавших тинростим<sup>1</sup>СТ. Число больных с хорошим и удовлетворительным состояниями адаптации достоверно превысило показатели 2<sup>й</sup> группы за счет уменьшения числа больных с неудовлетворительным, сниженным (и особенно значительно сниженным) состояниями.

Во 2<sup>й</sup> группе после лечения лишь один показатель — удовлетворительное состояние адаптации — не имел достоверных различий с контролем. Число же больных с неудовлетворительным состоянием адаптации уменьшилось лишь на 12%, что достоверно отличалось от контроля.

Таким образом, добавление к комплексной терапии больных БА и ХОБЛ иммунокорректора «Тинростим<sup>1</sup>СТ» достоверно улучшило резистентность организма на фоне купирования обострения заболеваний уже на этапе стационарного лечения. Также было отмечено, что во 2<sup>й</sup> группе после лечения, несмотря на купирование обострения, показатели состояния адаптации у трети больных даже ухудшились, в то время как в 1<sup>й</sup> группе такие изменения были зарегистрированы лишь в 2 наблюдениях. Ухудшение адаптационных реакций не зависело от течения основного заболевания и было, вероятно, обусловлено чрезвычайным для больных стрессорным влиянием массивной терапии. Известно, что любой раздражитель может вызывать реакции как в сторону улучшения, но, будучи чрезвычайным, может и значительно ухудшить состояние резистентности организма [2, 3, 4, 6]. В наших наблюдениях таким стрессором явилось на значение дополнительной разгрузочной диеты (3 больных) или комплексная терапия, включавшая

**Таблица 2**  
Динамика состояния адаптации у больных БА и ХОБЛ на фоне приема тинростима<sup>1</sup>СТ

Состояние адаптации	Количество наблюдений, %				Контроль
	1'я группа		2'я группа		
	до лечения	после лечения	до лечения	после лечения	
Хорошее	6,7±4,6 <sup>1</sup>	23,3±7,8	10,0±4,2 <sup>1</sup>	12,0±4,6 <sup>1</sup>	40,0±9,1
Удовл.	16,7±6,9 <sup>1</sup>	50,0±9,3 <sup>2,3</sup>	16,0±5,2 <sup>1</sup>	26,0±6,2	46,7±9,3
Неудовл. — сниженное	33,3±8,8 <sup>1</sup>	23,3±7,8	44,0±7,0 <sup>1</sup>	44,0±7,0 <sup>1</sup>	13,3±6,3
Неудовл. — значительно сниженное	43,3±9,2	3,4±3,4 <sup>2,3</sup>	30,0±6,5	18,0±5,4	-

<sup>1</sup> — значения достоверны по сравнению с контролем,

<sup>2</sup> — значения достоверны по сравнению с исходными (до лечения),

<sup>3</sup> — значения достоверны по сравнению со 2<sup>й</sup> группой после лечения.

одновременно магнитно-лазерное лечение, массаж, иглорефлексотерапию, электростимуляцию диафрагмы и др.

#### Выводы

1. Исследование адаптационных реакций после лечения позволит более правильно оценить общее состояние здоровья пациента и дать обоснованные рекомендации на постстационарный период.
2. Больным с обострением БА и ХОБЛ необходимо определять состояние показателей адаптации до лечения и учитывать полученные результаты при назначении комплексной терапии.
3. Иммунокорректор «Тинростим<sup>1</sup>СТ» способствует быстрому восстановлению и повышению качества адаптационно-приспособительных реакций и таким образом улучшает здоровье пациента, начиная с периода стационарного лечения.

#### Литература

1. Беседнова Н.Н., Запорожец Т.С., Сергиенко А.К. и др. // Антибиотики и химиотерапия. — 1991. — № 7. — С. 35-37.
2. Браженко Н.А., Браженко О.Н., Трофимов В.И. // Новые СПб. врачебные ведомости. — 2002. — №2-С. 49-53.
3. Гаркави Л.Х., Квакина Е.Г., Кузьменко Т.С. Антистрессорные реакции и активационная терапия. — М.: Имедис, 1998.
4. Гаркави Л.Х., Уколова М.А., Квакина Е.Г. // Открытия в СССР. — 1975. — №3. — С. 56-61.
5. Елисеев О.М. // Тер. архив. — 1997. — №3. — С. 85-87.
6. Маркина Л.Д. Гармонизация функционального состояния организма методом активационной профилактики и терапии. — Владивосток, 2000.
7. Ноников В.И. // Врач. — 2002. — № 3. — С. 3-33.
8. Петраковская В.А. Оценка диагностической значимости метода компьютерной дермографии и эффективности применения тинростима<sup>1</sup>СТ у больных хронической обструктивной болезнью легких: Автореф. дис... канд. мед. наук. — Владивосток, 2003.

9. Селье Г. Очерки об адаптационном синдроме. — М.: Медицина, 1960.
10. Хронические обструктивные болезни легких: Федеральная программа. — М., 1999.
11. Шмелев Е. И.//Consilium Medicum. - 2002. -№9. - С. 492q497.
12. Эпштейн Л.М., Боровская Г.А., Левачев М.М. и др. //Вопр. питания. - 1997. - №1. - С. 10q13.
13. American Thoracic Society. Standards for the diagnosis and care with chronic obstructive pulmonary disease//Am. Rev. Respir. Dis. - 1995. - Vol. 152. - P. s77qs120.
14. Selye H.//American scientist. — 1973. — Vol. 62. — P. 642q649.

Поступила в редакцию 27.05.03

#### CORRECTION OF ADAPTIVE RESPONSES BY MEANS OF TINROSTIM'ST AT PATIENTS WITH BRONCHOOBSTRUCTIVE SYNDROME

G.I. Sukhanova, M.A. Glushko, M.F. Kinyaikin  
Vladivostok State Medical University

**Summary** — Based upon the data of 55 follow'ups of patients suffering from bronchial asthma and chronic obstructive lungs disease along with the examination of adaptation according to the program «AntiStress», the authors analyze the efficiency of the medication Tinrostim'ST composed of the ganglions of oceanic squid. Using this immunocorrector promotes fast recovery and improvement of adaptive responses, as well as amelioration of a patient's health. The authors emphasize the necessity to control the adaptation indexes while treating this group of patients.

Pacific Medical Journal, 2003, No. 4, p. 70q73.

УДК 618.11'006.6'076'091(470.34)

Е.В. Новичков, А.А. Вотинцев, Е.С. Головина,  
Е.Н. Федорова

### ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКОЙ ХАРАКТЕРИСТИКИ РАКА ЯИЧНИКОВ У БОЛЬНЫХ В ВОЛГОВЯТСКОМ РЕГИОНЕ

Кировская государственная медицинская академия

**Ключевые слова:** рак яичников, морфология, выживаемость, особенности диагностики.

Опухоли яичников относятся к одному из наиболее сложных разделов современной онкоморфологии. По данным Международного агентства по изучению рака, ежегодно в мире регистрируется более 165 тыс. новых случаев рака яичников и более 100 тыс. женщин умирают от злокачественных новообразований этой локализации [10, 13]. В настоящее время отечественные и зарубежные исследователи отмечают тенденцию выхода заболеваемости раком яичников на 1'е место среди опухолей женских половых органов [2, 4, 5]. В литературе в качестве причин увеличения заболеваемости рассматриваются широкое применение оральных контрацептивов, сокращение числа беременностей и родов, приводящее к «непрекращающейся овуляции», применение стимулирующих овуляцию препаратов в лечении бесплодия и эстрогенов в лечении климактерических расстройств, а также увеличение животных белков в рационе питания [9]. Многие авторы утверждают, что высокая смертность при злокачественных опухолях яичников связана с поздней диагностикой и развитием рецидивов [1, 3, 6, 12, 15].

Основным методом лечения рака яичников является хирургический в объеме экстирпации или ампутации матки с придатками и удалением большого сальника. Однако В.Г. Черенков и др. отмечали, что более чем в 40% случаев здесь имелся неадекватный выбор тактики лечения и объема операции [11].

Целью настоящего исследования является оценка выживаемости больных раком яичников в Волго-Вятском регионе с учетом гистологического строения опухоли, степени ее дифференцировки и стадии опухолевого процесса.

Для исследования использовали операционно-биопсийный материал 300 больных в возрасте от 24 до 72 лет со злокачественными эпителиальными опухолями яичников, первично леченных в Кировском областном клиническом онкологическом диспансере и в Республиканском клиническом онкологическом диспансере (г. Чебоксары) с 1987 по 2002 г. Изучались амбулаторные карты, операционные журналы, истории болезни и сведения об отдаленных результатах лечения. Гистологическая форма неоплазм определялась в соответствии с Международной гистологической классификацией опухолей яичников № 9 (Женева, 1977) [8]. Лечение всех 300 пациенток было идентичным и заключалось в сочетании операции и химиотерапии с несколькими курсами гормонотерапии.

Пик заболеваемости установлен у женщин на 6'м и 7'м десятилетиях жизни. При подовой оценке среднего возраста заболевших отмечена тенденция к некоторому «омоложению» онкопатологии яичников. Так, в 1997 г. средний возраст заболевших составил  $61,9 \pm 12,6$  лет; а в 2001 г. —  $56,9 \pm 13,8$  лет (рис. 1). А.Ф. Урманчеева и др. также указывали на рост по возрастной заболеваемости в группе более молодых женщин [9].

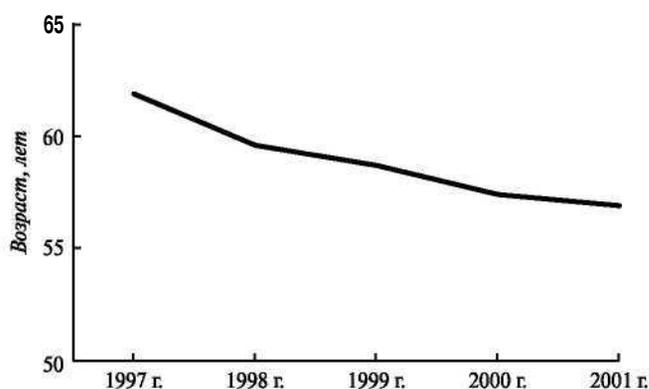


Рис. 1. Средний возраст больных раком яичников.