

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].

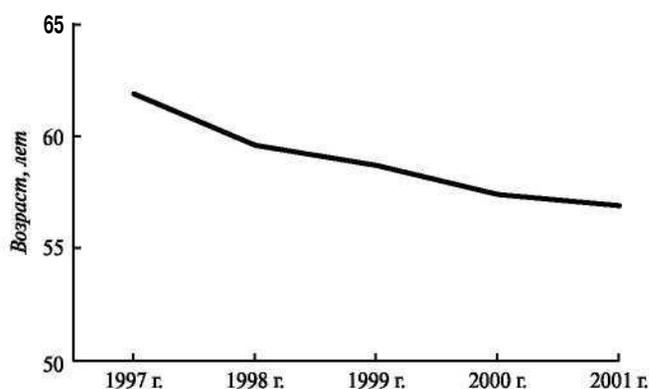


Рис. 1. Средний возраст больных раком яичников.

При анализе стадий развития опухоли, на которых было диагностировано заболевание, получены следующие результаты: I стадия выявлена у 12,2%, II стадия — у 10,5%; III стадия — у 42,1%, IV стадия — у 32,3% больных. Неустановленной осталась стадия развития опухоли в 2,9% наблюдений.

Эти результаты согласуются со сведениями В.М. Мерабишвили и др., которые отмечали, что при диагностике рака яичников устанавливалась преимущественно III и IV стадии опухолевого процесса [5].

Результаты наших исследований свидетельствуют о том, что 5-летняя выживаемость больных всех клинических стадий развития рака яичников в Волго-Вятском регионе ниже среднестатистической (табл. 1). Так, В.С. Свиницкий и др. приводили более высокие показатели пятилетней выживаемости при данной онкопатологии: I стадия — 66,9%; II стадия — 40,3%; III стадия — 29,1%; IV стадия — 14,7% [7, 14].

Злокачественные новообразования по гистологическим типам распределились следующим образом: серозная аденокарцинома — 50%; муцинозная аденокарцинома — 36,4%; эндометриоидная аденокарцинома — 4,6%; светлоклеточная аденокарцинома — 9,0%. При сопоставлении с результатами исследований И.Д. Нечаевой, в противоположность нашим результатам, констатируется преобладание муцинозных и светлоклеточных опухолей при относительном снижении числа серозных раков [6].

Важно отметить, что серозные аденокарциномы диагностировались в 36,3% случаев на I стадии, в 18,2% — на II стадии, в 27,3% — на III стадии и в 9,2% — на IV стадии опухолевого процесса. В то же время муцинозные аденокарциномы преимущественно диагностировались на I стадии (в 62,5% случаев), на II и III стадии приходилось 12,5 и 25 случаев соответственно. Светлоклеточные опухоли на начальных стадиях практически не выявлялись и обнаруживались в 56% наблюдений на III и в 44% наблюдений на IV стадии. В доступной литературе имеются немногочисленные противоречивые указания на связь между клинической стадией рака яичника, его гистологическим типом и степенью дифференцировки.

Анализируя зависимость продолжительности жизни больных от гистологического типа опухоли и степени ее дифференцировки, мы получили данные одной, трех и пятилетней выживаемости (табл. 2).

Таблица 1
Выживаемость больных раком яичников в зависимости от стадии опухолевого роста

Стадия опухоли	Выживаемость, %		
	12 мес.	36 мес.	60 мес.
I	95,4	68,0	41,0
II	88,6	66,7	39,4
III	57,9	34,2	12,0
IV	3,0±2,3 мес.		

Таблица 2

Выживаемость больных, леченных по поводу рака яичников, в зависимости от гистологической структуры опухоли

Характеристика аденокарцином	Выживаемость, %		
	12 мес.	36 мес.	60 мес.
Гистотип:			
серозная	87,5	62,5	32,6
муцинозная	92,5	62,5	34,5
эндометриоидная	50,0	36,9	25,8
мезонефроидная	33,0	13,6	8,3
Степень дифференцировки:			
низкая	42,8	28,6	12,6
умеренная	62,5	44,5	37,5
высокая	99,0	80,4	65,2

Таким образом, наибольшая продолжительность жизни наблюдалась у больных с муцинозным типом опухоли, а наименее благоприятными оказались мезонефроидные (светлоклеточные) аденокарциномы. В то же время выживаемость пациенток зависела от степени дифференцировки опухоли.

Низкая пятилетняя выживаемость женщин, страдающих раком яичников, в Волго-Вятском регионе относительно средней пятилетней выживаемости в России, на наш взгляд, объясняется следующими факторами: 1) омоложение контингента больных, страдающих раком яичников, 2) в 3 раза более высокая частота мезонефроидного рака в регионе, чем в среднем по России (9% против 3%), 3) поздняя диагностика опухолей: частота диагностики на III и IV стадиях на 3% больше, чем по России.

Результаты нашего исследования позволяют утверждать, что на сегодняшний день лечение больных раком яичников необходимо проводить с оценкой стадии болезни, гистологической структуры опухоли и степени ее дифференцировки.

Литература

1. Жордания К.И. // *Consilium Medicum*. — 2002. — № 2. — С. 28q34.
2. Злокачественные новообразования в России в 1998 г. // Под ред. В.И. Чиссова, В.В. Старинского, Л.В. Реженник. — М., 1999.
3. Карсладзе А.И. // *Практическая онкология*. — 2000. — №4. — С. 14q18.
4. Колосов А.Е. *Опухоли яичников и прогноз для больных: Руководство для врачей*. — Киров, 1996.
5. Мерабишвили В.М., Урманчеева А.Ф., Протасов Д.А. и др. // *Новые подходы к скринингу, диагностике и лечению опухолей яичников: Мат. науч. практ. конф.* — СПб., 2001. — С. 74.
6. Нечаева И.Д. *Опухоли яичников*. — Л.: Медицина, 1966.
7. Свиницкий В.С., Воробьева Л.И., Лигирда Н.Ф., Прохуря Л.А. // *Новые подходы к скринингу, диагностике и лечению опухолей яичников: Мат. науч. практ. конф.* — СПб., 2001. — С. 75.
8. Серов С.Ф., Скалли Р.Е., Собин Л.Г. *Гистологическая классификация опухолей яичников*. — М.: Медицина, 1977.

9. Урманчеева А.Ф., Мешкова И.Е. // *Практическая онкология*. - 2000. - №4. - С. 7q13.
10. Чепик О.Ф., Бахидзе Е.В., Гедерим М.Н. и др. // *Новые подходы к скринингу, диагностике и лечению опухолей яичников: Мат. науч. практ. конф. — СПб., 2001. - С. 81.*
11. Черенков В.Г., Байдо С.В., Иванченко В.В., Субботина О.Ю. // *Новые подходы к скринингу, диагностике и лечению опухолей яичников: Мат. науч. практ. конф. - СПб., 2001. - С. 112.*
12. Barakat R.R., Federici M.G., Saigo P.E. et al. // *Cancer*. - 2000. - Vol. 89, No. 2. - P. 383q390.
13. *Cancer Incidence in Five Continents// LARC Sci. Publ. Lyon*. - 1997. - Vol. 7. - P. 143.
14. *Survival of Cancer Patients in Europe: Eurocare 2 Study// LARC Sci. Publ. Lyon*. - 1999. - P. 151.
15. Welsh J.B., Zarrinkar P.P., Sapinoso L.M. et al. // *Proc. Natl. Acad. Sci. USA*. - 2001. - Vol. 98, No. 3. - P. 1176q1181.

Поступила в редакцию 25.12.02.

FEATURES OF CLINICOPATHOLOGIC CHARACTERISTICS OF OVARIAN CARCINOMA AT PATIENTS IN VOLGOVIATSKY REGION

E.V. Novichkov, A.A. Votintsev, E.N. Fedorova, E.S. Golovina
Kirov State Medical Academy

Summary — The purpose of the investigation is to assess the survival rate of the patients suffering from ovarian carcinoma in Volgo'Vi'atsky region, allowing for the histological structure of the tumor, the grade of its differentiation and the stage of the process. According to the data, the five-year survival rate of the patients with all clinical stages of the tumors is lower than the average statistical one that results, in authors' opinion, from later diagnostics.

Pacific Medical Journal, 2003, No. 4, p. 73q 75.

УДК 616.342'009.2'039.5:616.366'003.7'089

И.А. Сарванов

НЕКОТОРЫЕ ФОРМЫ ДИСКИНЕЗИИ 12-ПЕРСТНОЙ КИШКИ КАК ПРИЧИНА ЖЕЛЧНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

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

Ключевые слова: дискинезия, двенадцатиперстная кишка, желчнокаменная болезнь, спайки брюшины.

Основными причинами желчной гипертензии являются стриктуры внутри- и внепеченочных желчных протоков, стеноз большого дуоденального сосочка (БДС), не удаленные камни желчных путей, атония БДС и обшлого желчного протока, кисты и опухоли желчных протоков, хронический панкреатит. Значимость и роль перечисленных состояний общеизвестна и вполне очевидна. Между тем хирурги при определении тактики и методов лечения заболеваний внепеченочных желчных путей не всегда достаточно оценивают функциональное состояние 12-перстной кишки (ДПК) и БДС.

Повышение давления в ДПК существенно ухудшает кинетику желчи. В норме давление здесь составляет около 80 мм в. ст., а в холедохе — 100-160 мм. в. ст. [1, 2]. Изменение этого градиента приводит к билиарно-дуоденальному рефлюксу и инфицированию желчных путей. Я.Д. Витебский (1976) рассматривал дуоденостаз как первопричину холестаза и отводил ему основную роль в развитии желчно-каменной болезни [2]. Прогрессирующее нарушение дуоденальной моторики неизбежно приводит к недостаточности БДС со всеми вытекающими последствиями [4]. Дискинезия ДПК является полиэтиологическим синдромом, причины и патогенез которого до сих пор не выяснены полностью. Частота

ее по различным источникам является весьма вариабельной — от 0,45 до 5,7% [6]. Другие авторы приводят статистические данные, указывающие на дуоденостаз как первопричину постхолецистэктомического синдрома в 1,5-8% случаев [2].

В доступной литературе не нашлось работ, где была бы отражена взаимосвязь дискинезии ДПК и послеоперационных спаек в брюшной полости. Между тем хроническая спаечная непроходимость у больных, перенесших оперативное вмешательство на органах брюшной полости, развивается в 2-6% случаев [3, 7, 9]. Рауг (1914) после 3000 релапаротомий наблюдал различные осложнения на почве спайкообразования у 18% больных [9].

Чаще всего встречается обтурационно-странгуляционная спаечная кишечная непроходимость, иначе говоря, — межкишечные спайки, формирующие «двустволки» [7, 8, 9]. Причем в 50-60% случаев к спаечной кишечной непроходимости (в том числе и к хронической) приводит «банальная» аппендэктомия [3, 7, 10].

Сращения, возникающие после ранее перенесенных операций на органах брюшной полости, играют существенную роль в развитии дискинезии ДПК. Так, в нашей клинике при обследовании 47 больных, перенесших ранее лапаротомию по поводу заболеваний, не связанных с ДПК и желчными путями, и не имевших явных признаков хронической спаечной непроходимости, в 17 случаях были отмечены клинические признаки нарушения функции ДПК: чувство тяжести в эпигастрии после приема пищи, тошнота, изжога, горечь во рту. В результате рентгенологического исследования очевидные симптомы дискинезии ДПК констатированы в 9 наблюдениях: у 4 пациентов обнаружена антиперистальтика с дуоденально-гастральным рефлюксом, у 3 — задержка пассажа бариевого «комка» более 40 сек., у 2 — сочетание этих двух признаков дуоденостаза. (Такие рентгенологические симптомы, как «гипо», «гиперперистальтика», «раздраженная кишка», являющиеся во многом субъективными или функционально-пребывающими, не учитывались.) При фиброгастродуоденоскопии