

4. Шапочников А.В. Холецистит. Патогенез, диагностика и хирургическое лечение. — Ростов-на-Дону: Изд-во Ростовского ун-та, 1984. — 224 с.
5. Fumino S., Tokiwa K., Ono S. et al. Cyclooxygenase-2 expression in the gallbladder of patients with anomalous arrangement of pancreaticobiliary duct // J. Pediatr. Surg. — 2003. — Vol. 38, № 4. — P.585-589.
6. Ghosh M., Kawamoto T., Koike N. et al. Cyclooxygenase expression in the gallbladder // Int. J. Mol. Med. — 2000. — Vol. 6, № 5. — P.527-532.
7. Longo W.E., Panesar N., Mazuski J.E. et al. Synthetic pathways of gallbladder mucosal prostanoids: the role of cyclooxygenase-1 and 2 // Prostaglandins Leukot. Essent. Fatty Acids. — 1999. — Vol. 60, № 2. — P.77-85.
8. Myers S.I., Bartula L.I., Colvin M.P. et al. Bile duct ligation induced acute inflammation up-regulates cyclooxygenase-2 content and PGE2 release in guinea pig gallbladder smooth muscle cell cultures // Prostaglandins Leukot. Essent. Fatty Acids. — 2005. — Vol. 72, № 5. — P.327-333.
9. Myers S.I., Bartula L.I., Colvin M.P. et al. Cholecystokinin (CCK) down regulates PGE2 and PGI2 release in inflamed Guinea pig gallbladder smooth muscle cell cultures // Prostaglandins Leukot. Essent. Fatty Acids. — 2005. — Vol. 73, № 2. — P.121-126.
10. Nilsson B., Delboro D., Hedin L. et al. Role of cyclooxygenase-2 for fluid secretion by the inflamed gallbladder mucosa // J. Gastrointest. Surg. — 1998. — Vol. 2, № 3. — P.269-277.
11. Orellana M., Rodrig R., Thielemann L. et al. Bile duct ligation and oxidative stress in the rat effects in liver and kidney // Comp. Biochem. Physiol. Toxicol. Pharmacol. — 2000. — Vol. 126, № 2. — P.105-111.
12. Xiao Z.-L., Chen Q., Biancani P. et al. Abnormalities of gallbladder muscle associated with acute inflammation in guinea pigs // Am. J. Physiol. Gastrointest. Liver Physiol. — 2001. — Vol. 281. — P.G490-497.

ЗДОРОВЬЕ, ВОПРОСЫ ОРГАНИЗАЦИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

© КАПОРСКАЯ Т.С., КИСЕЛЕВ И.В., СИЛИН А.П., СЕНДЕРОВА О.М., РОМАНОВА Е.В.,
КАПОРСКАЯ Д.В. — 2006

АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ МНОЖЕСТВЕННОЙ МИЕЛОМОЙ В ИРКУТСКОЙ ОБЛАСТИ

Т.С. Капорская, И.В. Киселев, А.П. Силин, О.М. Сендерова, Е.В. Романова, Д.В. Капорская

(ГУЗ «Иркутская областная клиническая больница», гл. врач — к.м.н. П.Е. Дудин, Иркутский государственный медицинский университет, ректор — д.м.н., проф. И.В. Малов, кафедра госпитальной терапии, зав. — д.м.н., проф. Г.М. Орлова)

Резюме. Представлены результаты наблюдения с 1986 по 2005 гг. 373 больных с морфологически и иммунохимически подтвержденным диагнозом множественной миеломы. В структуре заболеваемости гемобластозами множественная миелома стойко занимает третье место. Заболеваемость множественной миеломой за анализируемый период выросла с 0,62 в 1992 г. до 1,37 в 2004 г. Накопление больных происходило в основном, за счет проживающих в промышленных районах области, что свидетельствует о повышении онкологической настороженности врачей.

Ключевые слова. Множественная миелома, гемобластоз, заболеваемость.

Множественная миелома (ММ) — клональный В-лимфопротеративный процесс, представляющий собой опухоль, возникающую на уровне самых ранних предшественников В-лимфоцитов. Моноклональный пул потомков первично-трансформированной клетки сохраняет способность к дифференцировке до конечного этапа — плазматических клеток, секретирующих иммуноглобулины [1,2]. Основной морфологический субстрат ММ представлен плазмочитами той или иной степени зрелости, часто с чертами атипичности, хотя в состав опухолевого пула входят и моноклональные лимфоциты — предшественники в периферической крови и костном мозге [1,3].

Характерными чертами ММ является поражение костного мозга (диффузное, диффузно-очаговое, реже — очаговое), сопровождающееся костно-деструктивными изменениями (остеопороз, остеолиты), и развитие моноклональной иммуноглобулинопатии (сывороточ-

ный М-компонент и/или белок Бенс-Джонса в моче) [1]. ММ — широко распространенное тяжелое заболевание, частота которого неуклонно растет [1,2,3]. Болезнь отличается чрезвычайным разнообразием форм и вариантов, многоликостью клинической симптоматики, которая определяется, с одной стороны, поражением костного мозга и костей (миелодепрессия, синдром остеодеструкции — боли, патологические переломы, костные опухоли, гиперкальциемия), с другой — наличием моноклональной иммуноглобулинопатии (синдром белковой патологии — нефропатия, амилоидоз; полинейропатия; синдром повышенной вязкости, нарушение гемостаза) и вторичным гуморальным иммунодефицитом за счет снижения уровней нормальных иммуноглобулинов (рецидивирующие бактериальные инфекции, синдром недостаточности антител) [9,10]. Висцеральные поражения редки. Все это затрудняет своевременную диагностику заболевания и его лечение.

Между тем, успехи в исследовании миеломы за последние 20-30 лет позволяют считать это заболевание одним из наиболее изученных [4,5,6].

По литературным данным частота множественной миеломы колеблется от 5,3 до 6,5 на 100 000 населения в год; по данным российских исследователей — миелома встречается с такой же частотой [2,3,7,8]. Мужчины и женщины болеют, примерно, с одинаковой частотой — 1,5 случая на 100 000 мужчин и 1,3 случая на 100 000 женщин. Максимум заболеваемости приходится на 50-70 лет жизни.

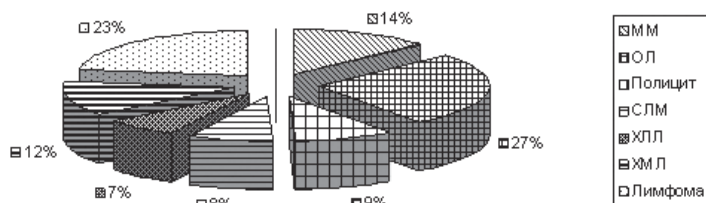


Рис. 1. Структура заболеваемости гемобластозами в Иркутской области.

Причины развития множественной миеломы у человека и учащение этого заболевания в последние десятилетия остаются неясными. Обсуждаются ряд факторов: генетическая предрасположенность, влияние хронической антигенной стимуляции вследствие ухудшения экологической ситуации, радиационные и химические воздействия, обусловленные техногенной революцией в науке и технике.

Иркутская область является одним из регионов России с хорошо развитым промышленным производством.

В Иркутской области в структуре заболеваемости гемобластозами множественная миелома стойко занимает третье место (14%) (рис.1). Заболеваемость множественной миеломой за анализируемый период выросла с 0,62 в 1992 г. до 1,37 в 2004 г. Накопление больных происходит, в основном, за счет проживающих в промышленных районах области, что свидетельствует о повышении онкологической настороженности врачей.

Материалы и методы

За период с 1986 по 2005 гг. в гематологическом отделении Иркутской областной больницы наблюдались 373 больных с впервые установленным диагнозом множественной миеломы. У всех больных диагноз установлен на основании данных морфологического исследования костного мозга, иммунохимического исследования крови и мочи, рентгенологического и скинтиграфического исследования костей скелета [6]. Уточнение стадии заболевания осуществляли в период первой госпитализации. В зависимости от степени распространения патологического процесса различали 3 стадии заболевания.

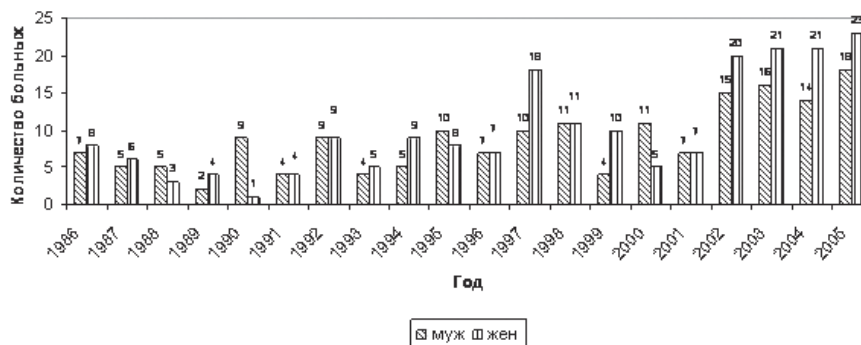


Рис. 3. Распределение первичных больных по годам, мужчины/женщины.

Расчеты показателей выполнены при использовании пакета прикладных программ Statistica for Windows v.6.0. Для построения графического материала использованы программы Statistica и Microsoft Office Excel 2003.

Результаты и обсуждение

Из находившихся под наблюдением 373 больных: женщин — 197, мужчин — 176 в возрасте от 20 до 83 лет. Анализ распределения больных по возрастным группам показал, что наибольшее количество больных заболевает в возрасте 50-70 лет (табл. 1), что согласуется с литературными данными.

Таблица 1

Распределение больных множественной миеломой по возрастным группам

Возраст	Количество больных	
	п	%
до 40 лет	9	2,4
40-50 лет	52	13,9
50-60 лет	108	28,9
60-70 лет	123	32,9
старше 70 лет	81	21,7
Всего	373	100

В последнее десятилетие отмечается устойчивый рост заболеваемости множественной миеломой ($p < 0,05$) как в мире, так и в Иркутской области, что вероятно объясняется улучшением лабораторной базы и соответственно, улучшением диагностики среди населения (рис. 2).

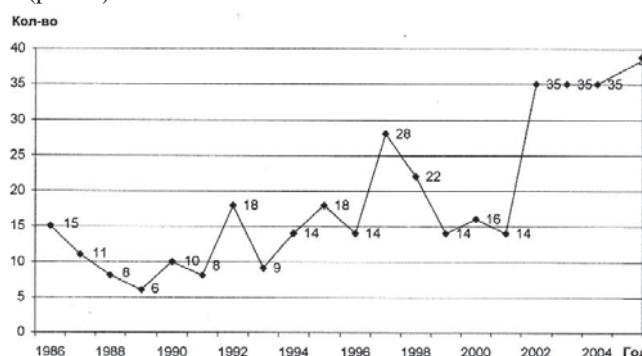


Рис. 2. Частота выявления множественной миеломы в Иркутской области.

При изучении показателей заболеваемости ММ в различных возрастно-половых группах выявлено, что кривая заболеваемости этой формой гемобластозов, в основном, обусловлена случаями болезни у женщин в возрасте 50-70 лет, пик заболеваемости приходился на 1997 и 2002, 2003 и 2004 гг. (было выявлено 18, 20 и 21, 21 больных, соответственно) (рис. 3).

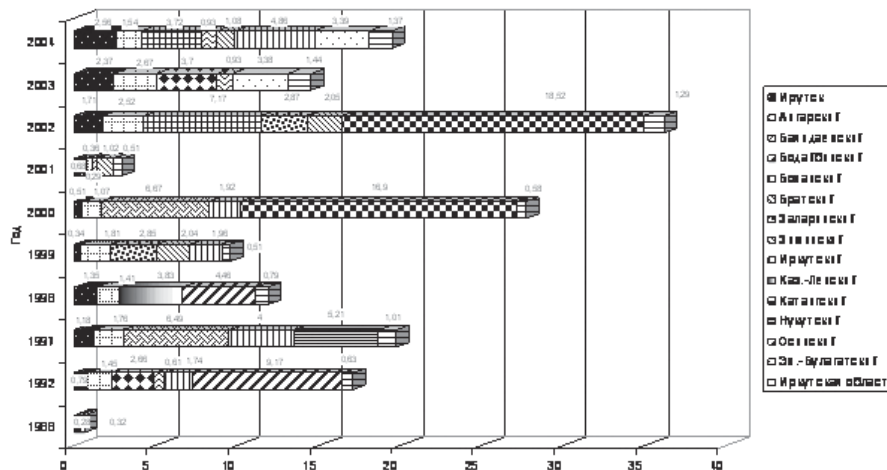


Рис. 4. Заболеваемость множественной миеломой в Иркутской области.

Лидерами по данному заболеванию являются районы с крупными промышленными центрами (Иркутский, Ангарский, Братский, Усольский), где заболеваемость растет медленно в последние годы (рис. 4).

Таким образом, проблема множественной миеломы

в Иркутской области, как и в мире, в последние годы стоит очень остро из-за вновь выявляемых больных, вследствие чего необходимо более пристальное внимание уделять вопросам диспансеризации и лечения данных больных.

THE ANALYSIS OF INCIDENCE OF MULTIPLE MYELOMA IN IRKUTSK REGION

T.S. Kaporskaja, I.V. Kiselyov, A.P. Silin, O.M. Senderova, E.V. Romanova, D.V. Kaporskaja
(Irkutsk State Regional Hospital, Irkutsk State Medical University)

Under our supervision from 1986 to 2005 373 patient were observed with morphologically and immunochemically confirmed diagnosis of multiple myeloma. In structure of incidence of hemoblastosis multiple myeloma takes the third place. Incidence of multiple myeloma for the analyzed period has grown with 0,62 in 1992 up to 1,37 in 2004. Accumulation of patients occurs basically, due to the patients from industrial regions of area that testifies the increase of oncological vigilance of doctors.

ЛИТЕРАТУРА

1. Андреева Н.Е. Диагностика и лечение множественной миеломы: Методическое пособие. — М.: Новартис, 2001. — 28 с.
2. Андреева Н.Е. Множественная миелома (прошлое, настоящее, будущее) // Гематология и трансфузиология. — 1998. — № 3. — С.4-11.
3. Андреева Н.Е., Балакирева Т.В. Парампротеинемические гемобластозы // Руководство по гематологии / Под ред. А.И. Воробьева. — М.: Ньюдиамед, 2003. — С.151-173.
4. Андреева Н.Е., Черновостова Е.В. Иммуноглобулинопатии. — М.: Медицина, 1985. — 240 с.
5. Брайен Г.М., Дьюри Г.М. Множественная миелома и родственные моноклональные гаммапатии. Последние достижения // Современная гематология и онкология / Под ред. В.Ф. Фербенкса. — М.: Медицина, 1987. — С.244-291.
6. Голеньков А.К., Шабалин В.Н. Множественная миелома. — СПб.: Гиппократ, 1995. — 144 с.
7. GLOBOCAN 2002 database of cancer prevalence and incidence. <http://www-depodb.iarc.fr/globocan/GLOBOframe.htm>.
8. Greenlee R.T., Hill-Harmon M.B., Murray T., et al. Cancer statistics 2001 // C.A. Cancer J. Clin. — 2001. — Vol. 51. — P.15-36.
9. Kyle R.A., Gertz M.A., Witzing T.E., et al. Review of 1027 patients with newly diagnosed multiple myeloma // Mayo Clin Proc. — 2003. — Vol. 78. — P.21-33.
10. Longo D. Plasma cell disorders // Harrison's Principles of Internal Medicine / Ed. Fauci A., et al., 14th ed. New York. — New York: McGraw-Hill, 1998. — P.712-718.

ОБРАЗ ЖИЗНИ. ЭКОЛОГИЯ

© МАРТЫНОВИЧ Н.Н., ПРОКОПЬЕВА О.В. — 2006

МЕСТО ЗАБОЛЕВАНИЙ ОРГАНОВ МОЧЕВОЙ СИСТЕМЫ В СТРУКТУРЕ ИНВАЛИДНОСТИ ДЕТЕЙ

Н.Н. Мартынович, О.В. Прокопьева

(Иркутский государственный медицинский университет, ректор — д.м.н., проф. И.В. Малов, кафедра педиатрии № 1, зав. — д.м.н. Н.Н. Мартынович, кафедра детских болезней, зав. — д.м.н., проф. Л.А. Решетник)

Резюме. Представлены основные причины, приводящие к инвалидизации детей с патологией органов мочевой систе-