

ции, а при манифестации системного воспалительного ответа увеличивает вероятность быстрого купирования общей клинической симптоматики. В тоже время относительно низкий уровень ИЛ-1РА на фоне провоспалительной цитокинемии увеличивает риск генерализации инфекции с развитием вторичных очагов и септического шока, ввиду несостоятельности ответных противовоспалительных механизмов.

Следует отметить, что у больных в зависимости от формы инфекции и продолжительности сохранения синдрома системного воспалительного ответа отмечали различные сроки нормализации этих показателей. В ходе исследований была выявлена достоверная разница концентрации этих показателей у пациентов с продолжительностью сохранения синдрома системного воспалительного ответа менее и более 72 часов от начала адекватного комплексного лечения (табл. 2).

Таблица 2

Динамика уровня ФНО и ИЛ-1РА у больных с локальными и генерализованными формами инфекции (M±m)

Группа	1-2 сут.	3-4 сут.	5-9 сут.	10-14 сут.	15-20 сут.
ФНО (0-2,5 пг/мл)					
Сравнения (n=25)	0,72±0,04	0,5±0,06	0,2±0,02	0	-
Основная (n=75)	7,8±0,7*	6,2±0,5*	4,1±0,4*	2,3±0,2*	1,3±0,7
СКСВР ₂₋₄ <72ч (n=27)	2,7±0,08 ⁰	2,1±0,06 ⁰	1,3±0,08 ⁰	0,4±0,08 ⁰	0
СКСВР ₂₋₄ >72ч (n=48)	10,6±0,6	9,7±0,3	6,2±0,3	3,4±0,1	1,3±0,1
ИЛ-1РА (50-1000 пг/мл)					
Сравнения (n=25)	386±51	343±32	287±24	275±25	258±21
Основная (n=75)	1432±43*	1437±37*	1032±45*	784,6±30*	537±12*
СКСВР ₂₋₄ <72ч (n=27)	1706±40 ⁰	1645±34 ⁰	1325±30 ⁰	976±23 ⁰	520±16
СКСВР ₂₋₄ >72ч (n=48)	1280±23	1211±19	894±18	503±11	576±12

Примечание: * – достоверное отличие показателей между группами с локальной и генерализованной инфекцией, p<0,01; ⁰ – достоверное отличие показателей между подгруппами с различной продолжительностью системного воспалительного ответа (СКСВР₂₋₄<72 ч или >72 ч), p<0,05 (критерий Манна-Уитни).

При локальной форме инфекции (СВР₀₋₁) уровень цитокинов оставался в пределах нормы, ФНО не превышал 1 пг/мл и ИЛ-1РА был ниже 650 пг/мл. При кратковременном синдроме системного воспалительного ответа (<72ч), который мы назвали синдромом компенсированной системной воспалительной реакции (СКСВР₂₋₄<72ч), исходно ФНО не превышал 3 пг/мл, а ИЛ-1РА был выше 1500 пг/мл в первые 5 суток лечения. В последующем в этой подгруппе ФНО с 3 суток соответствовал норме, а ИЛ-1РА достигал нормы лишь к 10-14 суткам. При продолжительном сохранении синдрома системного воспалительного ответа (СКСВР₂₋₄>72 ч), которое мы расценивали как проявление сепсиса, уровень ФНО был выше 6 пг/мл в течение первых 10 суток лечения, а ИЛ-1РА не превышал 1400 пг/мл первые 3 суток стационарного лечения или сохранял нормальный уровень. В последующем нормализация ФНО происходила к 15-20 суткам, а ИЛ-1РА соответствовал норме у всех больных данной подгруппы уже со 2-3 суток.

Максимальные отклонения всех исследуемых маркеров и цитокинов были отмечены в первые 3 суток от момента госпитализации и имели характерную разницу, а также взаимосвязь с продолжительностью сохранения синдрома системного воспалительного ответа. Так увеличение концентрации ИЛ-1РА более 1500 пг/мл при уровне ФНО не более 3 пг/мл чаще всего сопровождалось синдромом компенсированного системного воспалительного ответа (СКСВР<72ч), возможно за счёт наличия выраженной компенсаторной реакции противовоспалительной системы. В тоже время при уровне ИЛ-1РА ниже 1500 пг/мл с концентрацией ФНО более 6 пг/мл, как правило, отмечали синдром системного воспалительного ответа, сохраняющийся более 72 часов от начала адекватного лечения, счёто соответствовало клинике сепсиса. Сроки нормализации ФНО совпадают с динамикой клинической картины. В тоже время продолжительное сохранение высокой концентрации ИЛ-1РА сопровождается синдромом компенсированного системного ответа (СКСВР<72 ч), а его нормализация в первые 2-3 суток более характерна для сепсиса.

Закключение. Среди больных с гнойно-некротическими заболеваниями мягких тканей в 13% случаев имел место синдром компенсированной системной воспалительной реакции (СКСВР₂₋₄<72ч), у 42% больных отмечали клинику сепсиса (СКСВР₂₋₄>72 ч),

а у 45% пациентов была локальная форма инфекции (СВР₀₋₁). Проведённые исследования подтверждают тот факт, что клинические проявления синдрома системного воспалительного ответа сопровождаются увеличением концентрации ФНОα и рецепторного антагониста ИЛ-1 от 1,5 до 7 раз. Причём тяжесть системного воспалительного ответа и клиническая форма инфекции зависит не столько от степени увеличения показателей, сколько от соотношения уровня данных показателей. Наличие дисбаланса показателей со значительным превалированием провоспалительного цитокина ФНОα при нормальной или сниженной концентрации противовоспалительного ИЛ-1РА сопровождается клиникой сепсиса. При этом для синдрома компенсированного системного воспалительного ответа (СКСВР₂₋₄<72ч) характерна быстрая нормализация уровня ФНОα при длительном сохранении повышенной концентрации противовоспалительного ИЛ-1РА. При локальных формах инфекции уровень цитокинов остаётся в пределах нормы весь период лечения.

Литература

1. Ерохин, И.А. Инфекция в хирургии. Старая проблема на кануне нового тысячелетия. Ч.1 / А.И. Ерохин //Вестник хирургии. 1998. – Т.157. – №1. – С. 85–91.
2. Исаков, Ю.Ф. Сепсис у детей / Ю.Ф. Исаков, Н.В. Белобородова. – М.: Мокеев, 2001. – 368 с.
3. Костюченко, А.Л. Интенсивная терапия послеоперационной раневой инфекции и сепсиса / Костюченко А.Л., Бельских А.Н., Тулупов А.Н. – СПб.: Фолиант, 2000. – 448 с.
4. Кузин, М.И. Раны и раневая инфекция / Кузин М.И., Костюченко Б.М. – М.: Медицина, 1990. – 447 с.
5. Сепсис. Клинико-патфизиологические аспекты интенсивной терапии / Мороз В.В. [и др.] – Петрозаводск: ИнтелТек, 2004. – 291 с.
6. Сепсис: классификация, клинко-диагностическая концепция, лечение / Под ред. В.С. Савельева, Б.Р. Гельфанда. 2-е изд. доп. и перер. М.: ООО „Медицинское информационное агентство“, 2010, 352 с.
7. Bone, R. G. Let's agree on terminology: definition of sepsis / R.G. Bone // Crit. Care Med. 1991. V.19. N 7. P. 973-976.

STUDYING THE CYTOKINES LEVEL OF BLOOD FOR THE DIAGNOSING LOCAL AND GENERAL FORMS OF SOFT TISSUE INFECTION

N.A. BARKHATOVA

Chelyabinsk State Medical Academy

In article presents the results of studying 2250 patients with different forms of soft tissue infection. In addition the concentration of the TNF-α and IL-1RA by means of IFA method with monoclonal antibodies at 100 casually chosen patients was investigated. It was revealed, that clinical displays of systemic inflammatory response are accompanied by authentic increase in TNF-α and IL-1RA concentration from 1,5 up to 7 times in comparison with the norm. The presence of parameter disbalance with significant prevalence of TNF-α at normal or lowered concentration of IL-1RA is accompanied by preservation of the systemic inflammatory response syndrome more than 72 hours after adequate operation which is an attribute of a sepsis. The comparable increase according to the level of both parameters is characteristic for systemic inflammatory response syndrome, duration no more than 48-72 hours. At local form of soft tissue infection the level cytokines remains within the normal limits. These data define diagnostic and prognosis value of studying these markers in clinical conditions.

Key words: systemic inflammatory response, sepsis, cytokines.

УДК 616.681-006.6

АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ РАКОМ ЯИЧНИКОВ В ТУЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ ЗА 10 ЛЕТ

Г.М.ЧИБISOVA, В.Г.ВОЛКОВ*

Проведена оценка заболеваемости, смертности, летальности и пятилетней выживаемости раком яичников в Тульской

* Тульский государственный университет. Кафедра «Акушерства и гинекологии», 300028, г. Тула, ул. Болдина, 128

области за 10 лет. Заболеваемость увеличилась в 4 раза. Смертность превышает смертность по России в 2 раза. Пятилетняя выживаемость снизилась на 3 %. Тульскую область можно отнести к регионам с повышенной онкогинекологической заболеваемостью.

Ключевые слова: рак яичников, смертность, летальность, пятилетняя выживаемость.

Опухоли и опухолевидные образования яичников являются одним из частых вариантов заболеваний женских половых органов [1].

За последние десятилетия в мире наметился неуклонный рост заболеваемости раком яичников, который по данным долгосрочного прогнозирования, приближается к уровню заболеваемости раком шейки матки [2]. Рак яичников занимает седьмое место по частоте заболевания (5,4% или 10% на 100000 женского населения) и пятое место среди причин смерти от всех опухолей у женщин России [3]. В Туле рак яичников занимает четвертое место среди причин смерти от всех онкологических заболеваний, что является, несомненно, высоким показателем.

Мировая статистика свидетельствует, что средние показатели заболеваемости раком яичников составляют 7,5 на 100000 женского населения. В Африканских и Азиатских странах рак яичников встречается в три раза реже. Среди развитых стран исключение составляет только Япония, где заболеваемость этой патологией составляет 2,8 на 100 тысяч женщин. У японок, живущих в США показатели заболеваемости аналогичны американкам. За последние 20 лет уровни заболеваемости раком яичников в большинстве стран с высоким риском (Скандинавия, Великобритания, США, Канада) остаются стабильными и даже несколько снижаются. В то же время отмечено повышение заболеваемости в странах с низким риском, таких как Япония, Индия, Сингапур, а также в некоторых странах Южной и Восточной Европы (Португалия, Испания, Югославия, Польша) [4].

В 2008 году в России от рака яичника умерло 7,3 тысячи больных (5,5% среди всех злокачественных новообразований у женщин). Максимальная доля умерших в 40-59 лет (6,7%), минимальная - в 80 лет и старше (2,4%). В структуре умерших от злокачественных новообразований рак яичников стоит на 6-ом месте. В возрасте до 30 лет он является причиной смерти от 40 до 70% случаев среди всех опухолей гениталий.[5]

Материалы и методы исследования. Источниками исследования были учетно-отчетные документы Тульского областного онкологического диспансера: контрольная карта диспансерного наблюдения больного раком яичников, медицинская карта стационарного больного (история болезни) и врачебные свидетельства о смерти. Заболеваемость раком яичников и смертность от данного заболевания анализировалась за 10 лет (с 1999 по 2009 гг.). Определялись интенсивные показатели заболеваемости и смертности за каждый год с 1999 по 2009 гг. Нами изучался индекс плотности заболеваемости (ИП). ИП это количество заболевших женщин на 100 тыс. населения.

Заболеваемость раком яичников в последние годы в России неуклонно растет (табл. 1). За 10 лет прирост заболеваемости составил 11,9%.

В Тульской области за 10 лет заболеваемость неуклонно растет. Прирост заболеваемости составил 58,6%. Это является, несомненно, высоким показателем.

Таблица 1

Динамика заболеваемости (на 100000 женского населения) и численности заболевших раком яичников в 1999-2009 гг.

	Годы										% прироста к 1999 г.
	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Тульская область											
Число заболевших	157	176	158	161	164	178	168	169	188	166	180
Заболеваемость	8,9	10,1	9,2	9,5	9,8	10,8	18,2	18,7	21,5	19,0	21,5
Российская Федерация											
Заболеваемость	14,8	15,2	15,4	15,9	15,6	15,8	16,2	16,4	16,5	16,7	16,8
											11,9

Среднегодовые ИП заболеваемости раком яичников в Тульской области за анализируемый период имели тенденцию к росту – с 8,9 в 1999 г. до 21,5 в 2009 г. на 100000 населения. Установлено значительное увеличение заболеваемости с 2005 года (показатель увеличился примерно в 2 раза с 8,9 до 18,2 на 100000 насе-

ления). (рис. 1).

У женщин Тульской области в структуре заболеваемости злокачественными новообразованиями доля рака яичников составляет 4,15%.



Рис. 1. Динамика заболеваемости раком яичников в Тульской области в 1999-2009 гг.

Таблица 2

Возрастные показатели заболеваемости раком яичников в Тульской области на 100000 женского населения (2007-2009 годы)

Год	Всего зарег. заболеваний	В т.ч. у больных в возрасте										Дети до 17 лет
		0-9	10-19	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70-79	80-89		
2007	188	2		3	18	28	54	40	36	7		2
2008	166		2	1	13	24	41	36	38	13		1
2009	180		1	2	7	25	63	36	29	17		1

Случаи заболеваемости раком яичников среди всех опухолей женской репродуктивной системы начинают регулярно регистрироваться в наиболее раннем возрасте до 10 лет (табл. 2). Однако имеют пик заболеваемости в том же возрасте, что и другие онкологические заболевания репродуктивной системы у женщин – 50-59 лет.



Рис. 2. Динамика выявления стадий рака яичников за 10 лет.

Таблица 3

Удельный вес морфологической верификации диагноза рака яичников в Тульской области в 1999-2009 гг. (%)

Годы	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	% прироста к 1999 г.
Локализация												
Яичники	90,4	86,2	88,9	86,0	91,8	88,7	94,3	89,8	92,4	88,8	92,6	2,38

За 9 лет по России отмечен рост смертности от рака яичников – на 22,86%% (табл. 4).

Таблица 4

Смертность населения Российской Федерации и Тульской области от рака яичников в 1999-2009 гг. (на 100 000 женского населения)

Годы											% прироста к 1999 г.	
1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009		
Тульская область												
Число умерших	44	53	44	52	50	40	66	60	68	64	67	34,33
Смертность	6,4	7,6	6,9	7,5	6,4	6,1	12,3	10,7	12,6	11,8	11,4	43,86
Российская Федерация												
Смертность	8,1	9,5	9,5	10,2	9,8	9,7	9,8	10	10	10,2	10,5	22,86

Частота выявления I-II стадии увеличилась с 26% в 1999 году до 40,5% в 2009 году. Частота выявления III стадии уменьшилась с 49,3% в 1999 году до 32,5% в 2009 году. Показатель запущенности является одним из основных критериев оценки

диагностическогo компонента помощи онкологическим больным в учреждениях общей лечебной сети.

В Тульской области в 2009 г. доля пациентов с диагнозом рак яичников, установленном в IV стадии заболевания по сравнению с 1999 г. увеличилась с 24,7% до 27,0% (рис. 2).

За последние 10 лет возросла доля морфологически верифицированных диагнозов рака яичников с 90,4% до 92,6% (табл. 3).

В Тульской области за последние 10 лет наблюдается значительное увеличение смертности на 43,86%, что является очень высоким показателем и превышает показатель в РФ в 2 раза (табл. 4).

Распространенность процесса и гистологический тип опухоли являются главными прогностическими факторами, влияющими на показатели выживаемости пациенток, больных раком яичников. Большинство больных раком яичников к моменту постановки диагноза имеют уже распространенный опухолевый процесс, что связано со «скрытым» бессимптомным течением заболевания на ранних стадиях. Своевременная диагностика рака яичников является одной из сложнейших проблем онкогинекологии.

Пятилетняя наблюдаемая выживаемость при раке яичника незначительно снизилась с 59,7% в 1999 году до 56,7% в 2009 году.

В России число таких заболеваний, выявленных вновь, в 2009 г. достигло 40,4 тыс., составив около 17% от числа всех злокачественных опухолей. В Тульской области процент вырост до 21,5%. Стандартизированный показатель заболеваемости раком яичников в России в 2009 г. составил 10,7 на 100 000 женского населения, среди стран СНГ – в Белоруссии (11,5) и на Украине (10,6), Казахстане (9,3), в Тульской области заболеваемость составила 14,3. Выше чем по России, заболеваемость в Адыгее, Карачаево-Черкесии и Санкт-Петербурге [6]. В странах Европейского Союза заболеваемость раком яичников составляла 9,6 на 100 000, значительно выше она была в Дании (13,8 на 100 000) и Австрии (13,3 на 100 000) [5]. Средний возраст заболевших по России и по Тульской области составляет 50-59 лет, в Белоруссии этот возраст 60-65 лет, на Украине 55-65 лет. Смертность в Тульской области от данного заболевания составила на 2009 год 11,4 на 100 000 женского населения, в среднем по России показатель составил 10,5, в Белоруссии 4,4, а на Украине 6,5. Пятилетняя выживаемость в Тульской Области составила 56,7%, в среднем по России показатель был 60,2%, в Белоруссии 70,2%, а на Украине 63,5%.

Тульскую область по заболеваемости раком яичников можно отнести к регионам с высокой онкогинекологической заболеваемостью.

Рак яичников диктует необходимость разработки системы выявления заболевания на ранних стадиях, что позволит повысить пятилетнюю выживаемость и сократить смертность.

Литература

1. Бохман, Я.В. Лекции по онкогинекологии / Я.В. Бохман. – М.: Медицинское информационное агентство, 2007. – С. 303.
2. Баталова, Г.Ю. Современные представления о пограничных опухолях яичников / Баталова Г.Ю., Новикова Е.Г. // Вопросы онкологии, 2005. – том 51. – №2. – С. 173–181.
3. Диагностика опухолей и опухолевидных образований яичников / Богинская Л.Н. [и др.] // Опухоли яичников, Сб. научных трудов. – Иркутск, 2005. – С. 83–89.
4. Вишневский, А.С. Опухоли яичников / Вишневский А.С., Скрыбин О.Н. // Журнал акушерства и женских болезней, 2005. – выпуск 4. – С. 28–32.
5. Жордания, К.И. Злокачественные новообразования яичников. Энциклопедия клинической онкологии / К.И. Жордания. – М.: РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН, 2004. – С. 205–209.
6. Cancer Incidence in Five Continents. Lyon IARC / Parkin D.M. [et.al.], 2003. – Vol. VIII. – P. 115–118.

THE ANALYSIS OF OVARIAN CANCER INCIDENCE RATE
IN TULA REGION OVER TEN YEARS

G.M. CHIBISOVA, V.G. VOLKOV

Tula State University Chair of Obstetrics and Gynecology

The article presents the evaluation of ovarian cancer morbidity, mortality, lethality and five-year survival rate in the Tula Region for the previous 10 years. The morbidity rate is 4 times has increased. The lethality is 2 times greater than in Russia on the whole. Five-year survival rate has reduced by 3%. The Tula Region can be related to the

regions of high onco- and gynecological morbidity rate.

Key words: ovarian cancer, morbidity, mortality, lethality, five-year survival rate.

УДК 617.582-089

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ПЕРЕЛОМОВ ШЕЙКИ БЕДРЕННОЙ КОСТИ

И.П. АРДАШЕВ*, В.В. КАЛАШНИКОВ**, В.В. КАЛАШНИКОВ**,
А.А. ГРИГОРУК*, К.С. КАЗАНИН*, А.В. БАСОВ*

В статье показана частота переломов шейки бедренной кости. Дается сравнительный анализ, показания к консервативному и различным методам оперативного лечения. Прослежены отдаленные результаты лечения пациентов с переломами шейки бедренной кости.

Ключевые слова: переломы, шейка бедра, пожилой возраст, остеосинтез, эндопротезирование.

Число переломов шейки бедренной кости в мире непрерывно увеличивается, особенно в развитых странах с возрастающей продолжительностью жизни. Если в 1990 году суммарно число переломов шейки бедра по оценкам ВОЗ достигало 1,7 миллионов случаев в год, то к 2050 году эта цифра достигнет отметки 6,3 миллиона случаев ежегодно. Большинство этих повреждений сопряжено с остеопорозом [5,14]. Известно, что одно из самых тяжелых осложнений при остеопорозе – переломы шейки бедренной кости [7,8,11].

На основании многочисленных исследований установлено, что переломы шейки бедренной кости у лиц старше 60 лет чаще всего обусловлены остеопорозом [1,9,10,13]. Лечение таких переломов является наиболее затратным и в то же время менее результативным: показатели смертности, инвалидности при них выше, чем при других переломах на фоне остеопороза вместе взятых [13].

Переломы шейки бедра представляют серьезную угрозу для жизни больных пожилого и старческого возраста. При среднем возрасте 78-81 год речь идет об исключительно полиморбидном контингенте. К моменту травмы у них уже имеются различные сопутствующие заболевания, что в комплексе приводит к обильному «синдрому декомпенсации» систем и органов и обуславливает высокую летальность [2].

В течение первого года после травмы, даже при своевременном и полноценном оперативном лечении, переломы шейки бедра уносят жизнь примерно четверти пострадавших, при консервативном же лечении летальность достигает 60-80% [2,6,12]. Длительное пребывание в постели на фоне развивающейся травматической болезни, а нередко и сенильного психоза, влечет за собой развитие гипостатических осложнений (пневмония, пролежни, флеботромбозы и пр.), которые зачастую и приводят к гибели пострадавшего [4,15]. Причем смертность прогрессивно возрастает с увеличением возраста пострадавших [12].

По наблюдениям разных авторов отчетливо прослеживается зависимость выживаемости травмированных пациентов от метода лечения, при этом все отмечают значительное снижение летальности при раннем оперативном лечении [3].

В связи с высокими показателями инвалидности и занятости коек в стационарах больными с переломами на фоне остеопороза это заболевание является не только медицинской, но и важной социально-экономической проблемой [13].

Цель исследования – изучить распространенность, структуру, отдаленные результаты консервативного и различных видов оперативного лечения переломов шейки бедра.

Материалы и методы исследования. За период 2007-2009 гг. в клинику обратилось 238 пациентов с переломами шейки бедренной кости. Из них в 2007г. – 75 (31,5%) пациентов, в 2008г. – 79 (33,2%) пациентов, в 2009г. – 84 (35,3%) пациента.

В первые сутки после травмы обратилось около половины пациентов – 129 (54%): в 2007г. – 41 (54,7%) человек, в 2008г. – 44 (55,7%), и в 2009г. – 44 (52,4%) человека.

Среди пациентов преобладали женщины – 166 (69,7%), мужчин было 72 (30,3%) человека.

Средний возраст обратившихся составил 71 год: в 2007 г. –

* Кемеровская государственная медицинская академия, e-mail: kemsma@kemsma.ru

** МУЗ «Городская клиническая больница №3 им. М.А. Подгорбунского», г. Кемерово, e-mail: travmagb3@mail.ru