

ферические метастазы размерами от 3 до 5 см, протекавшие со слабой клинической симптоматикой. У 4 пациенток был установлен метастаз в крыло подвздошной кости, у 1 – поражение костей позвоночника Th X – L II. Метастатические очаги в одной из долей печени обнаружены у 2 пациенток. Подавляющее число больных – 58 (89,2%) человек – предъявляли жалобы на боли в низу живота или в поясничной области, усиливающиеся в ночное время. Сукровично-кровянистые или серозно-гнийные выделения из влагалища имели место у 14 (21,5%) больных с рецидивом на месте первичного очага или при метастазе в стенку влагалища. Интоксикационный синдром встречался практически у каждой из исследуемых больных. 18 (27,7%) пациенток жаловались на общую слабость, тошноту, отсутствие аппетита и потерю веса более 5 кг за короткий промежуток времени, у 42 (64,6%) больных отмечалась стойкая субфебрильная температура. Симптоматика поражений легких характеризовалась непродуктивным кашлем, болями в грудной клетке, стойкой температурной реакцией, одышкой при физической нагрузке.

Эти жалобы имели место у 7 (63,6%) из 11 больных с метастазами в легкие, у остальных больных метастазы в легкие являлись рентгенологической находкой. Это обстоятельство подчеркивает важность полноценного обследования больных в процессе динамического наблюдения. Расстройства мочеиспускания и боли в прямой кишке отмечены у 21 (32,3%) пациентки.

**Выводы.** Метастазы и рецидивы чаще всего возникают у больных, имевших III стадию заболевания (50,8%), при росте опухоли с формированием кратера или эндофита (67,7%), с гистологической структурой плоскоклеточный рак без ороговения (44,6%). Наиболее частое время возникновения метастазов и рецидивов 7-12 месяцев от окончания лечения первичной опухоли. Анализ клинических проявлений метастазов и рецидивов показал, что далеко не всегда метастазы и рецидивы имеют манифестированную клинику. Возможно и скрытое течение данных процессов, что подчеркивает необходимость полного обследования при динамическом наблюдении больных.

## ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ РАКА ШЕЙКИ МАТКИ В РОСТОВСКОЙ ОБЛАСТИ (НА МОДЕЛИ Г. АЗОВА)

А.А. КАНТОРОВА<sup>1</sup>, И.Н. ОДИНЦОВА<sup>2</sup>

*МУЗ «Центральная городская больница», г. Азов<sup>1</sup>  
НИИ онкологии СО РАМН, г. Томск<sup>2</sup>*

**Актуальность.** Рак шейки матки (РШМ) является первой по частоте встречаемости онкогинекологической опухолью в мире (ежегодно регистрируется около 371 000 новых случаев), занимая четвертое место в структуре злокачественных новообразований. Своевременное выявление РШМ является актуальной медицинской и социальной проблемой для большинства стран мира. Одним из путей решения проблемы является выявление факторов риска, оценка индивидуального прогноза и формирование групп повышенного риска по данной патологии.

**Целью исследования** явилось выявление роли факторов, связанных с риском возникновения и развития рака шейки матки на модели г. Азова Ростовской области за 1995 – 2004 гг.

**Материалы и методы.** С использованием метода «случай-контроль» проведен анализ анамнеза жизни 100 больных РШМ и 200 женщин контрольной группы. Сбор информации проводился по разработанной анкете. Учитывались: возраст, место рождения и проживания, национальность, миграционная подвижность, уровень образования и дохода, профессиональная принадлежность и профессиональные вредности, вредные привычки, особенности питания, перенесенные заболевания, в том числе женской половой сферы, наследственность, факторы, характеризующие репродуктивную и менструальную функции, половую активность. Больные и лица контрольной группы были сопоставимы по возрасту. Средний возраст составил 48,8 и 46,5 года соответственно.

**Результаты.** Показано, что статистически значимыми ( $p < 0,05$ ) факторами риска развития РШМ являются возраст 55–59 лет ( $OR=2,5$ ); вес более 71 кг ( $OR=2,1$ ); национальность обследуемой ( $OR=6,3$ ) и ее матери (украинки) ( $OR=17,1$ ), число сексуальных партнеров более 4 ( $OR=2,3$ ), заболевания репродуктивных органов: эрозии шейки матки ( $OR=69,6$ ,  $p < 0,002$ ), лейкоплакия ( $OR=6,5$ ), фиброма матки ( $OR=15,0$ ), хроническое воспаление яичников ( $OR=8,1$ ), травмы родовых путей ( $OR=12,1$ ,  $p < 0,002$ ), фиброзно-кистозная болезнь ( $OR=4,3$ ), острый мастит ( $OR=3,0$ ), наличие сопутствующих заболеваний (язвенная болезнь 12-перстной кишки ( $OR=4,0$ ), заболевания щитовидной железы ( $OR=2,7$ ), цистит ( $OR=16,3$ ), инфекции, передаваемые половым путем, в частности хламидиоз ( $OR=2,1$ )). Из экзогенных факторов способствуют развитию РШМ: проживание в городской местности ( $OR=4,1$ ,  $p < 0,01$ ), низкий уровень образования ( $OR=3,4$ ,  $p < 0,01$ ) и средний доход на одного члена семьи ниже прожиточного минимума ( $OR=5,8$ ,  $p < 0,05$ ), наличие стрессов ( $OR=9,0$ ,  $p < 0,002$ ) и неудовлетворительные отношения в семье ( $OR=6,9$ ,  $p < 0,002$ ) и др.

На основании полученных данных и алгоритма, описанного Е.В. Гублером (1990), в основе которого лежит определение частоты

встречаемости признака и расчет его информативности (мера Кульбака), было построено «решающее правило» (прогностическая таблица) для отбора в группу повышенного риска в отношении РШМ. В таблице каждой градации признака соответствует свой коэффициент – мера информативности. При положительной сумме прогностических коэффициентов более «+12,5» пациент относится к группе риска, при отрицательном значении более «-10» – к здоровым лицам. Если сумма диагностических коэффициентов оказывается в промежутке от +12,5 до -10, то группа не определена и для данного пациента требуются дополнительные методы диагностики. Составленная «Прогностическая таблица» может быть использована в практическом здравоохранении для определения вероятности развития РШМ.

**Выводы.** Проведенное исследование и разработанная компьютерная программа позволяют на основе анкетного опроса провести отбор лиц в группу повышенного риска развития РШМ. Программа дает возможность проводить скрининговые обследования населения в лечебных учреждениях первичного медицинского звена (смотровых кабинетах, женской консультации) г. Азова Ростовской области.

## ВОЗМОЖНОСТЬ СОХРАНЕНИЯ ДОБАВОЧНОЙ ПЕЧЕНОЧНОЙ АРТЕРИИ ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ РАКА ПИЩЕВОДА И ЖЕЛУДКА

А.В. КАРПОВИЧ

*НИИ гастроэнтерологии СибГМУ им. Г.К. Жерлова, г. Северск*

**Актуальность.** В артериальном кровоснабжении печени, кроме основной собственной печеночной артерии, участвует вариантная добавочная печеночная артерия (ДПА). При хирургических манипуляциях в области малого сальника во время операций по поводу органических заболеваний желудка и пищевода может происходить пересечение этой артерии с развитием сегментарного некроза левой доли печени в раннем послеоперационном периоде.

**Цель исследования** – разработать объективный метод оценки гемодинамического эффекта

ДПА на кровоснабжение левой доли печени и определить критерии к ее сохранению.

**Материал и методы.** Объектом исследования стали больные раком желудка и пищевода, у которых интраоперационно была выявлена добавочная печеночная артерия в элементах малого сальника. Для определения гемодинамического эффекта ДПА на кровоснабжение левой доли печени во время операции с помощью лазерной доплеровской флоуметрии (ЛДФ) проводили измерение микроциркуляции с поверхности левой доли печени в течение 5 мин