

мента ST и (-) зубца Т в V2-3. Во всех точках на фонокардиографии регистрировался высокочастотный, высокоамплитудный систолический шум с эпицентром шума в зоне Боткина и на верхушке. Зондирование камер сердца выявило дефект межжелудочковой перегородки на границе средней и нижней трети около 1 см и регургитацию на митральном клапане I степени. Давление в правых отделах сердца не повышено. Учитывая данные обследования был выставлен диагноз: Состояние после ушивания ранения сердца, посттравматический дефект межжелудочковой перегородки. От операции решено было воздержаться.

В течение следующих трех лет одышка постепенно уменьшилась, отмечалась только при значительной физической нагрузке. Продолжал работать маляром. По ЭКГ (рис.1) сохранялись нарушения процессов реполяризации в виде (-) зубца Т в V2-3.

До 1997 года к врачам не обращался. В 1997 году был активно вызван кардиологом для контрольного обследования. По ЭКГ динамики в состоянии миокарда не отмечалось, сохранялся от-

рицательный зубец Т в V2-3. Была проведена ЭХОКГ: Ao - 3,3 см, ЛП - 2,8 см, ПЖ - 1,9 см, КДР - 5,4 см. Толщина миокарда задней стенки левого желудочка - 0,9 см. В средней части МЖП лоцируется транссептальный поток в правый желудочек. Заключение: Дефект межжелудочковой перегородки.

В 2002 г. проведена контрольная ЭХОКГ: Ao - 3,5 см, ЛП - 4,0 см, ПЖ - 5,4 см, КСР - 3,8 см. Сохранился дефект МЖП на границе средней и нижней трети около 1 см, через него определялся сброс крови (скорость около 4 м/сек). Наполнение промежуточное, выброс 0,9/1,1 м/сек. Проведена велоэргометрия, где определена физическая толерантность выше средней. При диспансерном наблюдении у кардиолога признаков декомпенсации не наблюдалось, сохранялась одышка только при значительной физической нагрузке.

Таким образом, цель публикации - наблюдение редкого варианта приобретенного ДМЖП с длительной компенсацией и сохранением физической толерантности выше средней, несмотря на тяжелый физический труд.

#### A CLINICAL CASE OF POST-TRAUMATIC DEFECT OF INTER-VENTRICULAR SEPTUM

I.M. Markova, S.V. Moiseeva, L.V. Kerzina, N.P. Kharnetova.

(Irkutsk. Hospital 3)

A follow-up study of a rarely occurring post-traumatic defect of the inter-ventricular septum has been described in the article. The clinical picture demonstrates high tolerance to physical loads, in spite of hard physical labour.

#### Литература

1. Борисенко А.П. Поражение сердца при травматической болезни. - М.: Медицина. - 1990. - 233 с.
2. Сыркин А.М. Инфаркт миокарда. - М.: Медицина. - 1991. - 302 с.
3. Крыжановский В.А. Диагностика и лечение инфаркта миокарда. - Киев: Феникс. - 2001. - 451 с.

© СЭРГЭЛЭН О., ГООШ Б., НЭРГУЙ Б., НАРАНГУА Г. -  
УДК 616.33.44+616.342]-06-07-08(519.3.)

## ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА ОСЛОЖНЕНИЕ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

О. Сэргэлэн, Б. Гоош, Б. Нэргуй, Г. Нарангуа.

(Монгольский Государственный медицинский университет, ректор - проф. Ц. Лхагвасурэн)

**Резюме.** Изучены факторы, влияющие на осложнение язвенной болезни, в условиях Монголии у 300 больных. По материалам последних пяти лет хирургической клиники ЦРКБ определили причину, частоту и особенности проявлений отдельных видов осложнений язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки.

Заболеемость язвенной болезнью в Монголии неуклонно повышается с каждым годом, в связи с этим проблема диагностики лечения язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки в настоящее время полностью сохраняет свою актуальность, как в теоретическом, так и в практическом отношении.

#### Материалы и методы

Нами изучены истории болезни 300 больных с осложненной язвой желудка и двенадцатиперстной кишки. Рентгенологические исследования с контрастным исследованием желудка и двенадца-

типерстной кишки, выполнены 109 больным по стандартным методикам. Гастродуоденоскопию проводили 187 больным с помощью фиброгастродуоденоскопа. Определение Н. Рylogi на слизистой оболочке антрального отдела желудка и верхней горизонтальной части двенадцатиперстной кишки у 63 больных - при помощи уреазного теста и патогистологическим способом.

#### Результаты и обсуждение

Наш собственный клинический материал включает данные 300 больных с различными осложнениями язв желудка и двенадцатиперстной

кишки, которые находились на лечении в хирургическом отделении Центральной Республиканской больницы в период с 1995 по 1999 г. Из включенных в исследование больных в 82,33% случаев были мужчины, а женщины - в 17,64%. Из всех исследуемых 50,3% составили рабочие

Среди обследованных нами больных 55% составляли больные в возрасте от 30 до 49 лет, отсюда видно, что данной патологией страдают в основном люди молодого, работоспособного возраста.

По статистическим данным Министерства Здоровья за последние 10 лет заболеваемость язвенной болезнью увеличилась почти в 2 раза, а её осложнения - в 12.

Высокий уровень заболеваемости язвенной болезнью среди населения мужского пола установлен в среде рабочих (низкой квалификации труда), несоблюдающих режим питания, злоупотребляющих алкогольными напитками и курением.

Из осложнений язвенной болезни желудка двенадцатиперстной кишки отмечено кровотечение у 109 (36,3%) больных, малигнизация - у 98 (32,66%), стеноз - у 86 (28,66%), перфорация язвы - у 49 (16,4%), пенетрация - у 29 (9,6%), сочетание осложнений - у 47 (15,66%). Длительность заболевания  $\frac{2}{3}$  (61,9%) исследуемых в среднем составили 3,5 года.

Согласно классификации Джонсона I тип - язвы тела желудка, то есть малой кривизны, среди нами исследуемых встречались в 36,0% случаев; II - сочетание язвы желудка и двенадцатиперстной кишки - в 1,0%; III - препилорические язвы - в 29,3%, IV - язвы кардиального отдела - в 13,7%. В 20% случаев была найдена язва двенадцатиперстной кишки.

Язвы желудка чаще имели тенденцию к осложнению. Осложнение язвенной болезни с большей частотой - (12,8%) наблюдались в сентябре, в марте и в июне (11,3%). Несколько реже в июне и в феврале (по 8,7%) Следовательно, в осенний и весенний периоды, что свидетельствует о сезонности и избыточном в это время употреблении алкоголя.

По нашим данным сопутствующие заболевания, употребление пряностей в пище, не играют существенной отрицательной роли в образовании язв. Однако язвы желудка - и 12 перстной кишки

чаще (59,3%) выявлялись среди больных имеющих 01 группу крови.

Опираясь на вышеописанные данные исследований, мы пришли к выводу, что не соблюдение режима питания, злоупотребление алкогольными напитками и курение, длительное медикаментозное лечение незаживающих, невылечиваемых язв желудка и двенадцатиперстной кишки, приводят к тяжёлым осложнениям, являются характерными особенностями для наших больных.

Кроме этих, факторов риска в ходе исследования мы установили у 7 из 187 (3,7%) больных больных эктопию поджелудочной железы в стенку желудка. При гистологическом исследовании взятые во время операции полипы, размером 2-2,5 см, имели по середине проток. Полипы были расположены на большой кривизне желудка. Полип состоял из клеток протока эндокринной части поджелудочной железы. Видимо панкреатическая секреция полипа вызывала раздражение, воспаление и изъязвление слизистой оболочки желудка.

Мы рассматриваем эктопию ткани поджелудочной железы, встречающуюся в 3,7% случаев среди нашего материала, как одну из причин, приводящую иногда к образованию язв в желудке.

Мы не ставили перед собой задачу изучить роль *H. Pylori* в возникновении язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки. Однако, для выяснения рациональности комбинации медикаментозной терапии с оперативным лечением осложнённой язвы желудка и двенадцатиперстной кишки мы у 28 из 67 больных до операции определяли обсемененность слизистой желудка *H. Pylori*. Тест на оказался положительным в 81,82% случаев. Во время - и после операции тест на наличие *H. Pylori* оказался положительным в 65,7% случаев из 35 обследованных, что стало поводом для проведения эрадикационной терапии этой категории больным.

Таким образом факторами риска развития гастродуоденальных язв, как и ее осложнений у населения Монголии является мужской пол, молодого трудоспособного возраста, низкой квалификации тяжелый физический труд, не соблюдение режима питания, употребление алкоголя, курение, причиной - инфицированность *H. Pylori* и в ряде случаев эктопия железистой секретирующей ткани поджелудочной железы в слизистую желудка.

## THE PROVOCATIVE FACTORS OF COMPLICATIONS OF GASTRO - DUODENAL ULCER IN MONGOLIA

O. Sergelen, B. Goosh, B. Nergui, G. Narangua  
(Mongolian Medical University)

Currently, problems of gastro-duodenal ulcer still remain important from both theoretical and practical viewpoints. The provocative factors that cause development of complications for gastro-duodenal ulcer were breaking the dietary regime (97,7%) excessive use of alcohol (36,6-60,29%) and smoking (50,81-78,33%), ectopy of pancreatic tissue in gastric wall (2,5%).

### Литература

1. Серова Л.С., Асташов В.Л. Лечение язвенных желудочно-кишечных кровотечений в пожилом и старческом возрасте // Вест. хир. - 1996. - №1. - С.30-33.
2. Сидоренко В.И., Зарубина Т.В. Улучшение результатов резекций желудка при язвенной болезни // Минск, Беларусь. - 1998. - 167 с.

3. Бабалич А.К. Отдельные результаты комплексного хирургического лечения больных с язвенной болезнью // Вест. хир. - 1998. - №3. - С.65-67.
4. Wormsley K.G. Association between duodenal ulcer and other diseases // Scand J. Gastroenterol. - 1980. - Vol.15, Suppl.63. - P.27-35.
5. Wei-Jei., Ming-sen Wu., Chiung-Nien Chen. Sero-prevalence of Helicobacter pylori in patients with surgical peptic ulcer // Arch. Surg. - 1937. Vol.132. - P.430-433.
6. Serrano N., Carvajal Z., Pinero R., Irrestarazi M.L. Evaluation of methods for the diagnosis of helicobacter pylori infection // (Spanish) Gen. L49, N.4. - P.292-295.

## Лекции

О СЕМИНСКИЙ И.Ж. -

УДК 18.177-089.888.11+616.697(075.8(075.8)

### ГЕНЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ОПУХОЛЕВОГО РОСТА (Лекция 11)

И.Ж. Семинский.

(Иркутский государственный медицинский университет, ректор - акад. МТА и АН ВШ д.м.н., проф. А.А. Майборода, курс медицинской генетики, зав. - д.м.н., проф. И.Ж. Семинский)

**Резюме.** Из материалов лекции студенты узнают о генетических событиях, сопровождающих процесс озлокачествления клеток. Канцерогенез представляет собой цепь событий происходящих на молекулярном, а затем на клеточном уровне, которые в конечном итоге приводят к появлению клона трансформированных мутантных соматических клеток, способных к автономии. Генетические основы опухолевого роста в основном связаны с мутациями генов регулирующих фазы клеточного цикла. Суть злокачественной трансформации заключается в превращении протоонкогенов в онкогены и инактивации антионкогенов. В патогенезе рака имеют значение генетически детерминированные нарушения активности теломеразы и механизмов метилирования генов-регуляторов митотической активности.

Среди мультифакториальных заболеваний человека особое место занимают злокачественные новообразования. В последние годы достигнуты большие успехи в расшифровке генетической природы опухолевого роста. Теория наследственной предрасположенности к опухолям постепенно уступает место генетической теории рака. Злокачественные новообразования относят к группе генетических болезней соматических клеток, поскольку наследственные структуры в злокачественных клетках всегда имеют мутационные изменения на генном, хромосомном или геномном уровне. Существуют как наследуемые формы опухолей, так и возникшие de novo. Этиологическими факторами для развития опухоли выступают либо вирусы, либо мутагены химической или физической природы, которые нарушают процесс клеточного деления и приводят к опухолевой прогрессии.

**Опухолевая прогрессия** - это каскадное накопление необратимых изменений генетического аппарата, которые каждый раз возникают индивидуально и приводят к злокачественной трансформации клетки. Считается, что для развития рака у человека требуется изменение не менее 7-10 генетических факторов (генетических событий). Генетической трансформации предшествует **инициация**, т.е. нарушение клеточного цикла, в результа-

те которого клетка приобретает способность к неограниченному количеству делений и перестает реагировать на регуляторные сигналы. Затем наступает стадия **промоции**. Суть ее заключается в приобретении клоном злокачественных клеток возможности преимущественного выживания среди нормальных клеток ткани. Промоции способствуют дефекты Т-системы иммунитета, нарушение механизмов апоптоза, гормональный дисбаланс, стрессы, сопутствующая патология и др. факторы.

Достижения молекулярной генетики последних лет позволили однозначно доказать, что ведущую роль в развитии опухолей играют нуклеиновые кислоты (ДНК и РНК) вирусов - **онкогены**, и интегрированные как симбионты в геноме клетки-хозяина **протоонкогены**, которые в результате мутирования превращаются в клеточные онкогены. В развитии ряда опухолей имеет значение нарушение баланса онкогенов и антионкогенов-супрессоров, изменение которого также является результатом мутаций.

Онкоген - генетический компонент, белковый продукт который отвечает за превращение нормальной клетки в опухолевую. Вирусные онкогены являются частью вирусного генома и могут либо сразу после внедрения оказывать канцерогенный эффект, либо инактивироваться, встраива-