

3. Баевский Р.М., Иванов Г.Г. Вариабельность сердечного ритма: теоретические аспекты и возможность клинического применения. – М., 2000.- 27 с.
4. Баранов О.П. Особенности формирования травматизма населения крупного агропромышленного региона // Здоровоохранение Российской Федерации. - 2004 - №6. - С. 41-43.
5. Вагнер Е.А. Хирургия повреждений груди. – М.: Медицина, 1981.- 287 с.
6. Еникеев Д.А., Еникеева С.А., Идрисова Л.Т. Взаимовлияние иммунизации и реанимации.- Уфа, 1997. – 346 с.
7. Еникеев Д.А., Чижилов А.В., Александров М.А. Иммунизация анатоксинами и реанимация.- Уфа: Изд. «Диалог», 2004. – 265 с.
8. Еникеев Д.А. Патифизиология экстремальных и терминальных состояний (учебное руководство).- Уфа: Изд. «Диалог», 2005. – 500 с.
9. Ефимов А.В. Сборник задач по математике для втузов. Ч. 3. Теория вероятностей и математическая статистика: учебное пособие для втузов. – 2-е изд., перераб. и доп.- М.: Наука, 1990.- С.344, 414.
10. Золотокрылина Е.С. Постреанимационная болезнь. // Анест. и реан.- 2000.- №6.- С. 51-56.
11. Инструкция по применению анатоксина столбнячного очищенного адсорбированного жидкого МЗ РФ № 01-11/69-05 от 26.04.2005 г.
12. Приказ МЗ РФ №174 от 17 мая 1999 г «О мерах по дальнейшему совершенствованию профилактики столбняка» М., 1999.- 16 с.
13. Салахов Э.Р., Какорина Е.П. Травмы и отравления в России и за рубежом // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. - 2004. - №2. - С.13.
14. Шарафутдинова Н.Х., Мустафин Р.М. Травматизм в Республике Башкортостан в зависимости от типов территорий // Здоровоохранение Башкортостана.- 2008.- №2.- С. 18-21.
15. Petz L.D. Platelet Transfusions. In: Petz L.D., Swisher S.N., Kleinman S., ed. Clinical Practice of Transfusion Medicine, 3rd ed. New York: Churchill- Livingstone, 1996:359-412.
16. Vassiliu P., Velmahos G.C., Toutouias K.G. Timing safety, and efficacy of thoracoscopic evacuation of undrained post-traumatic hemothorax. Ann. Surg.- 2001; 67: 12: 1165-1169.

УДК 616-006.441

© О.Н. Липатов, О.В. Гончарова, Л.К. Закирова, 2008

О.Н. Липатов, О.В. Гончарова, Л.К. Закирова
**ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ
 НЕХОДЖКИНСКИХ ЛИМФОМ**

*ГОУ ВПО «Башкирский государственный
 медицинский университет Росздрава», г. Уфа
 Республиканский клинический онкологический диспансер, г. Уфа*

По данным РКОД (г. Уфа), отмечается увеличение заболеваемости неходжжинскими лимфомами и снижение смертности от данной патологии. В статье приведены особенности клинического течения заболевания на территории Республики Башкортостан.

Ключевые слова: неходжжинские лимфомы, заболеваемость, смертность, морфологический вариант, международный прогностический индекс.

O.N. Lipatov, O.V. Goncharov, L.K. Zakirova
**CLINICAL FEATURES OF THE COURSE
 OF THE NON-HODGKIN'S LYMPHOMA**

According to the Republic Clinical Oncological Centre (Ufa) there is an increase in morbidity and decrease in mortality in patients with Non-Hodgkin's Lymphoma. Particular clinical features of the course of the disease in the Republic of Bashkortostan are shown in the article.

Key words: Non-Hodgkin's Lymphoma, morbidity, mortality, morphological variant, International Prognostic Index.

В последние годы регистрируется устойчивая тенденция роста заболеваемости неходжкинскими лимфомами (НХЛ). За последние 20 лет в развитых странах заболеваемость увеличилась более чем на 50%, и по темпам прироста составляет 3-7% ежегодно [1]. В настоящее время во всем мире примерно у 4,5 миллиона человек диагностирована НХЛ, а ежегодная смертность от этого заболевания – 300 000 человек. Частота встречаемости НХЛ в разных регионах мира различна. Эта патология редка в Японии, Индии, Сингапуре, весьма распространена в США, Канаде, Африке. Пик заболеваемости НХЛ в Европе отмечен в Нидерландах и Скандинавских странах [9]. В России по данным за 2004 год, опубликованным в материалах РОНЦ им. Н.Н.Блохина [2], показатель заболеваемости всеми формами лимфом составил 8,0 на 100 000 населения, что на 3,9% больше, чем в 2003 году.

Цель исследования: дать клиническую характеристику больных с неходжкинской лимфомой.

Материал и методы

Под нашим наблюдением находилось 119 больных с неходжкинской лимфомой, проходивших стационарное лечение в отделении общей онкологии Республиканского клинического онкологического диспансера (г. Уфа) за период 2006-2008гг. Данные о каждом пациенте со злокачественной неходжкинской лимфомой, собранные путем опроса, с помощью объективного и физикальных методов обследования, занесены в специально разработанную нами индивидуальную формализованную карту (ИФК), на основании которой создана компьютерная база данных. При сборе и обработке материала использовались клинические и лабораторные методы исследования. У исследуемой группы больных диагноз был верифицирован, для морфологической характеристики применена гистологическая классификация ВОЗ (2001 г.). Для стадирования неходжкинских лимфом применялась система Ann Arbor.

Результаты и обсуждение

Согласно нашим данным, в Республике Башкортостан показатель общей онкологической заболеваемости за период 2000-2007гг. увеличился на 7% (с 253 до 272 на 105 населения РБ). Заболеваемость неходжкинскими лимфомами за аналогичный период возросла с 1,85 до 3,48 на 105 населения (рис.1.) Увеличение заболеваемости НХЛ нами связывается не только с общей тенденцией роста онкопатологии, но и с улучшением диагностической оснащенности клиник республики.

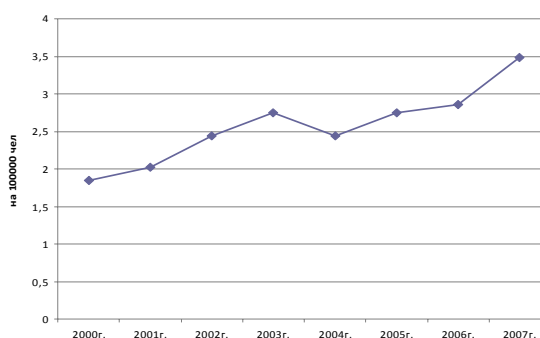


Рис. 1. Динамика показателей заболеваемости НХЛ среди населения Республики Башкортостан за период 2000-2007гг.

Следует отметить, что наряду с повышением уровня заболеваемости отмечается спад смертности от данной патологии. Динамика смертности от гемобластозов с 1993 по 2004 год характеризуется некоторым снижением – стандартизованный показатель у мужчин снизился с 10,4 до 9,4, у женщин с 6,5 до 6,1 [2]. Нами выявлена тенденция к снижению данного показателя и в Республике Башкортостан (РБ) (рис.2.). В 2000г. по РБ показатель смертности составил 2,12 на 105 населения, а в 2007г. – 1,88 на 105 населения. Снижение показателя смертности связано с применением современных схем химиотерапии, новых препаратов с улучшением снабжения клиник.

В исследованной нами группе по половой принадлежности больные распределились следующим образом: мужчин – 55 (46%), женщин – 64 (54%).

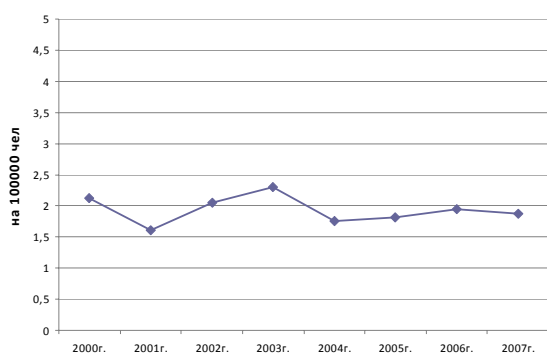


Рис. 2. Динамика показателей смертности от НХЛ среди населения Республики Башкортостан за период 2000-2007гг.

При распределении пациентов по возрасту пик манифестации заболевания отмечается в диапазоне от 50 до 65 лет, на этот возрастной интервал приходится 39% больных. В возрастной группе старше 50

лет диагноз неходжкинской лимфомы установлен в 65% случаев, что согласуется с литературными данными [1, 3].

В мировой научной литературе отмечается определенный риск развития НХЛ у людей, чьи родственники первой степени страдали гемобластозами [5,6]. При сборе и обработке материала особое внимание мы уделяли выявлению случаев онкогематологических заболеваний в семьях обследованных групп. Наличие онкогематологических заболеваний в анамнезе у представителей первой степени родства отмечено в 2% случаев, негемопоэтических опухолей – в 14%.

Таблица.

Распределение частоты выявленных вариантов неходжкинских лимфом и их первичная локализация

Морфологический вариант	Количество лимфом %	Лимфо-узлы	Желудок и кишечник	Миндалина	Средостение	Кожа, подкожная клетчатка	Мягкие ткани, кости	Костный мозг	Селезенка	Другие
В-клеточные лимфомы:										
В-лимфобластная лимфома	2 (1,7)	2	1	1						
селезеночная лимфома маргинальной зоны	1 (0,8)								1	
плазмноклеточная миелома	2 (1,7)	2			2	1		1		
экстранодальная лимфома маргинальной зоны (MALT-лимфома)	3 (2,5)	1	2				1			
нодальная лимфома маргинальной зоны	1 (0,8)	1			1					
фолликулярная лимфома	13 (11)	13		1	1					
лимфома из клеток зоны мантии	1 (0,8)	1			1					2
диффузная В-клеточная крупноклеточная лимфома	31 (26)	31	2	2	5	1	1		8	2
медиастинальная В-крупноклеточная лимфома	7 (6)	4			7		1	1	1	1
Беркиттоподобная лимфома	2 (1,7)	2								
диффузная мелкоклеточная лимфома/В-ХЛЛ	31 (26)	31		1	11		1	1	5	2
злокачественная лимфома низкой ст.злокачественности	8 (6,7)	7		3	4			1	2	
злокачественная лимфома высокой ст.злокачественности	4 (3,4)	4			2				1	
диффузная мелкоклеточная лимфома высокой ст.злокачественности	5 (4,2)	4	1	1					2	
Т-клеточные лимфомы										
лимфома кожи слабой степени злокачественности	1 (0,8)					1				
периферическая Т-клеточная лимфома	4 (3,4)	2			1	2			1	
Ангиоиммунобластная лимфома	2 (1,7)	2								
анапластическая крупноклеточная лимфома	1 (0,8)	1	1							
ВСЕГО	119 (100)									

По данным научных источников, выявлены географические и этнические особенности распространения лимфом [3, 4, 7, 8]. В нашем исследовании среди морфологических вариантов неходжкинских лимфом большую часть составляют

диффузная крупноклеточная В-клеточная лимфома и мелкоклеточная лимфоцитарная лимфома/В-ХЛЛ по 26% (по 31 больному); реже встречались фолликулярная grade 1, 2 – 9% (11 больных), злокачественная лимфома низкой степени злокаче-

ственности – 7% (8 больных), первичная медиастинальная – 6% (7 больных), и прочие виды лимфом 23% (27 больных) (MALT-лимфома, диффузная мелкоклеточная лимфома высокой степени злокачественности, лимфома мантии, плазмочитома, фолликулярная grade 3, анапластическая крупноклеточная, ангиоиммунная, лимфобластная, беркиттоподобная) (см. таблицу). Точная верификация варианта лимфомы влияет на тактику (агрессивность) и характер лечения, а также прогноз заболевания.

В настоящее время все неходжкинские лимфомы подразделяются на 3 группы: индолентные (вялотекущие), агрессивные, высокоагрессивные. В нашем исследовании мы объединили высокоагрессивные и агрессивные виды лимфом. При распределении по агрессивности были получены следующие результаты: агрессивные лимфомы – у 61 больного (51,26%), индолентные формы – у 58 больных (48,74%).

По стадиям заболевания, установленным при первичном обращении, исследуемые больные распределились следующим образом: I стадия заболевания выявлена в 5% случаев, II стадия – в 52%, III стадия – в 33% случаев и IV стадия установлена в 10% случаев.

Признаки интоксикации (В-симптомы) наблюдались у 48% больных, их отсутствие выявлено у 52%.

Общий соматический статус больных (по шкале ECOG ВОЗ), включенных в данное исследование, исходно определялся от 0 до 3 баллов. Шкале 0 баллов соответствовали 4% больных, 1 балл – 48%, 2 балла – 45%, 3 балла – 3%.

У большинства пациентов количество очагов не превышало 4 групп лимфо-

тических узлов – 101 пациент (85%) против 18 (15%). Большие размеры очагов опухоли выявлены в 15% случаев. Поражения других органов представлены в табл. 1.

В соответствии с международным прогностическим индексом исследуемая группа больных распределилась следующим образом: низкий риск – у 40%, промежуточный/низкий – у 31%, промежуточный/высокий – у 20%, высокий – у 9%.

В связи с публикациями, указывающими на связь избытка массы тела и возникновения лимфомы, был произведен анализ распределения пациентов в соответствии с индексом массы тела: недостаточность веса наблюдалась в 4% случаев, норма – в 50%, избыток веса 1 степени – в 26%, избыток веса 2 степени – в 11%, избыток веса 3 степени – в 9% случаев.

Заключение

В республике Башкортостан выявлено увеличение заболеваемости НХЛ. Наряду с этим отмечается тенденция снижения смертности от данного заболевания. Распределение больных по полу и возрасту согласуется с литературными данными. В структуре заболеваемости преобладают В-клеточные лимфомы с равным распределением между агрессивными и неагрессивными формами. Подавляющее большинство пациентов выявлено на II-III стадиях заболевания с низким прогностическим индексом (PI), что говорит о благоприятной перспективе при адекватном лечении и постоянном контроле.

Достоверной связи между наличием онкологического заболевания у больных и родственников первой линии выявлено не было, также отсутствовала достоверная связь между повышенной массой тела и НХЛ.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Поддубная И.В., Бабичева Л.Г. Факторы прогноза при диффузной крупноклеточной В-клеточной лимфоме. http://www.rosoncweb.ru/library/8th_conf/.
2. Статистика злокачественных новообразований в России и странах СНГ в 2004 году / Под ред. М.И. Давыдова, Е.М. Аксель // Вестник РОНЦ им. Н.Н. Блохина. – 2006. Т. 17, № 3 (приложение). С. 132.
3. Cancer Surveillance Series: Non-Hodgkin's Lymphoma Incidence by Histologic Subtype in the United States From 1978 Through 1995 / F. D. Groves, M. S. Linet, L. B. Travis et al. // JNCI Cancer Spectrum. – 2000. - Vol. 92. - №15. – P. 1240-1251.

4. Epidemiology of the non-Hodgkin's lymphomas: distributions of the major subtypes differ by geographic locations. Non-Hodgkin's Lymphoma Classification Project / J. R. Anderson, J. O. Armitage, D. D. Weisenburger // *Ann. Oncol.* – 1998. – Vol. 9. - №7. – P. 717-720.
5. Familial Aggregation and Heterogeneity of Non-Hodgkin Lymphoma in Population-Based Samples / L.R. Goldin, O. Landgren, M.L. McMaster et al. // *Cancer Epidemiol. Biomarkers Prev.* – 2005. – Vol.14. - №10. – P. 2402–6.
6. Family history of hematopoietic malignancies and risk of non-Hodgkin lymphoma (NHL): a pooled analysis of 10,211 cases and 11,905 controls from the InterLymph Consortium / S.S.Wang, S.L. Slager, P. Brennan et al. // *Blood.* – 2007. - DOI 10.1182/blood-2006-06-03194.
7. Malignant lymphoma in southern Tai-wan according to the revised European-American classification of lymphoid neoplasms / S. S. Chuang, C. N. Lin, C. Y. Li. // *Cancer.* – 2000. – Vol.89. - №7. – P.1586-1592.
8. Non-Hodgkin's lymphoma subtypes over time in an unselected population of 646 patients: a study of clinico-pathological data and incidence based on a review using the REAL-classification / H. Brincker, N. T. Pedersen, K. Bendix-Hansen, P. Johansen // *Leuk. Lymphoma.* – 2000. - Vol.39. - №5-6. – P.531-541.
9. The rise in incidence of lymphomas in Europe 1985-1992 / R. Cartwright, H. Brincker, P. M.Carli et al. // *Eur. J. Cancer.* – 1999. - Vol. 35. - №4. – P.627-633.

УДК 616.12.-005.4-018.74

© Н.Э. Закирова, Ф.Х. Камилов, А.Н. Закирова, Р.М. Хамидуллина, 2008

Н.Э. Закирова, Ф.Х. Камилов, А.Н. Закирова, Р.М. Хамидуллина
ДИСФУНКЦИЯ ЭНДОТЕЛИЯ ПРИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА
*ГОУ ВПО «Башкирский государственный
 медицинский университет Росздрава», г. Уфа*

Цель. Оценить роль нарушений вазодилатирующей и вазоконстрикторной функций эндотелия в развитии стенокардии у больных ишемической болезнью сердца (ИБС).

Материал и методы. Обследованы 83 больных ИБС, из них у 30 диагностирована стенокардия II функционального класса (ФК), у 27 – стенокардия III ФК, у 26 – стенокардия IV ФК. 25 здоровых лиц включены в контрольную группу. Для верификации ИБС использованы велоэргометрия, суточное мониторирование ЭКГ, эхокардиография. Вазодилатирующую функцию эндотелия оценивали по эндотелийзависимой (ЭЗВД) и эндотелийнезависимой вазодилатации (ЭНЗВД) плечевой артерии, вазоконстрикторную функцию изучали по уровню эндотелина - 1 (ЭТ-1).

Результаты. При стенокардии II ФК показатели ЭЗВД и ЭНЗВД, уровень ЭТ-1 были в пределах нормы. По мере возрастания ФК стенокардии отмечены угнетение вазодилатирующей функции эндотелия и повышение продукции ЭТ-1. Стенокардия IV ФК характеризовалась избыточной секрецией ЭТ-1 при низких показателях ЭЗВД и ЭНЗВД сосудов.

Заключение. Формирование клинического течения ИБС взаимосвязано с нарушениями вазодилатирующей и вазоконстрикторной функций эндотелия.

Ключевые слова: ишемическая болезнь сердца, стенокардия, дисфункция эндотелия, эндотелийзависимая вазодилатация, эндотелин-1.

N.E. Zakirova, F.Kh.Kamilov, A.N. Zakirova, R.M. Khamidullina
ENDOTHELIAL DYSFUNCTION IN ISCHEMIC HEART DISEASE

Aim. To clarify the role of disorders in endothelial vasodilating and vasoconstrictive functions in the development of stenocardia in patients with ischemic heart disease (IHD).

Material and methods. The research enrolled 83 patients with IHD, among them 30 cases of functional class II (FC)-II stenocardia, 27 cases of FC-III stenocardia and 26 cases of FC-IV stenocardia. The control group contained 25 healthy persons. For verifying IHD we used bicycle ergometry, 24-hour ECG monitoring and echocardiography. Endothelial vasodilating function was assessed by endothelium-dependent (EDVD) and endothelium-independent (EIDVD) vasodilatation of the shoulder artery. Vasoconstrictive function was studied by the level of endothelin (ET-1).

Results. FC-II stenocardia showed EDVD, EIDVD values and the ET-I level being the norm. As FC stenocardia increased, endothelial vasodilating function became oppressed, and ET-1 production grew. FC-IV stenocardia was characterized by ET-1 excessive secretion against EDVD and EIDVD low values.

Conclusion. Formation of IHD clinical course is in interrelation with disorders in endothelial vasodilating and vasoconstrictive functions.

Keywords: ischemic heart disease, stenocardia, endothelial dysfunction, endothelium-dependent vasodilatation, endothelin-1.