

В свою очередь, фибринолитическую активность, начинающуюся после завершения ретракции сгустка, следует оценивать по количеству растворившихся и нерастворившихся субстанций сгустка, образованного в III фазе коагуляции, за дискретное время исследования. Представленная интерпретация позволяет сформулировать положение, согласно которому гиперфибринолиз – это состояние фибринолитической системы цельной крови, при котором количество растворившейся массы сгустка превышает нормальный лимит за дискретное время реакции. Обратная динамика показателей указывает на наличие депрессии фибринолиза. В клиническом аспекте проблемы наиболее быструю (в течение 20–30 мин) информацию можно получить с использованием метода электрокоагулографии.

Таким образом, данные литературы и полученные нами результаты исследования указывают на взаимосвязь локальной и системной воспалительной реакций женских половых органов с системой гемостаза, являющейся чувствительным индикатором выраженности процесса. Ингибция же процесса коагуляции в самом начале воспалительного процесса может стать эффективной и рациональной мерой уменьшения воспалительного ответа, опосредуемого через свертывание крови.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Зубаиров Д.М.* Биохимия свертывания крови. – М., 1978.

2. *Иванов Е.П.* Диагностика нарушений гемостаза. – Минск, 1983.

3. *Потоцкая И.И.* Патологическая физиология. / Под ред. чл.-корр. АМН СССР Н.Н. Зайко. – Киев, 1985.

4. *Голстопятов С.М., Черниенко Ю.Л.* Пилотная стратегия оптимизации индивидуального лечения артериальной гипертензии и алгоритм профилактики сосудистых осложнений. Современные методы диагностики – гарантия правильного диагноза. – Киев, 2006.

5. *Coughlin S.R.* // Trends Cardiovasc. Med. – 1994. – Vol. 4. – P. 77–83.

6. *Esmon C.T.* //Thromb Haemost. – 2001. – Vol. 86. – P. 51–60.

7. *Gil W.* // Perfusion. – 2001. – Vol. 16. – P. 27–35.

8. *Lorant DE et al.* //J. Cell. Biol. – 1991. – Vol. 115. – P. 223–234.

9. *Yang J., Furie B.C., Furie B.* //Thromb. Haemost. – 1999. – Vol. 81. – P. 1–7.

Поступила 08.01.07.

INTERRELATIONSHIP BETWEEN GYNECOLOGICAL INFLAMMATORY DISEASES AND SYSTEM OF HEMOSTASIS, AND STRATEGY FOR OPTIMIZATION OF INDIVIDUAL TREATMENT

V.M.Belopukhov, T.V.Ivanova, L.V.Shystova, A.V.Panov, F.R.Akhmerov, A.T.Khaertdinov, E.V.Kuznetsov, G.S.Gabdulhaeva, R.M.Simashev, A.F.Sazonov, A.N.Ahmetshina

S u m m a r y

State of haemostasis was evaluated in women before and after treatment of inflammatory diseases of genitalia. The relationship between local and systemic inflammatory reaction of genitalia and haemostasis was established. Inhibition of coagulation processes at the beginning of inflammation could be an effective measure to reduce inflammatory response mediated via blood coagulation.

УДК 618.11 – 006.6 – 07 (470.42)

ОСОБЕННОСТИ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ РАКОМ ЯИЧНИКОВ В УЛЬЯНОВСКОЙ ОБЛАСТИ

И.И. Антонова

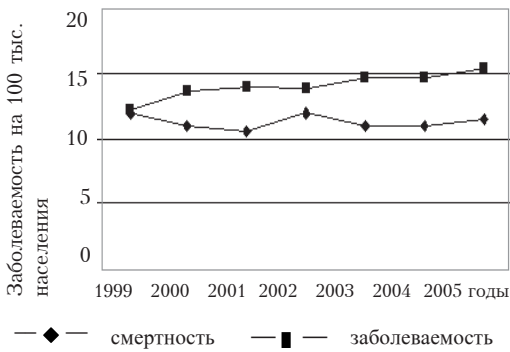
Кафедра лучевой диагностики, лучевой терапии и онкологии (зав. – доц. Р.Х. Мусина) Ульяновского государственного университета

В последние десятилетия наметились существенные изменения в структуре злокачественных новообразований женской репродуктивной сферы. Рак яичников (РЯ) среди злокачественных опухолей женских половых органов занимает третье место после рака тела и шейки матки, составляя около 30% заболеваемости.

Целью настоящего исследования был сравнительный анализ особенностей заболеваемости и смертности от РЯ в зависимости от возраста, района проживания, гистотипа и степени дифференцировки опухоли жительниц Ульяновской области за период 1999–2005 гг.

Последнее пятилетие характеризуется колебаниями показателей заболеваемости РЯ. Она составила в среднем 13,7 на 100 тысяч населения и превысила уровень заболеваемости РЯ в РФ (12,1 на 100 тыс.). Динамика заболеваемости РЯ и смертности от него в Ульяновской области имеет стабильную тенденцию к росту (см. рис.). При сочетании таких факторов, как геотектонические разломы и техногенное радиоактивное загрязнение, имеющие место в Мелекесском районе, уровень заболеваемости РЯ в последнем почти в 4 раза превышает средний по области.

Средний возраст больных на момент уста-



Заболеваемость РЯ и смертность от него в Ульяновской области в 1999–2005 гг.

новки диагноза колебался в различных районах области от 51 года до 67 лет. Срок жизни с момента верификации диагноза у больных, проживающих в различных районах области, варьировал от 3,3 до 30,2 месяца. Для жительниц Мелекесского района он составил в среднем 7,6 месяца. При этом в большинстве случаев больные раком яичников в Ульяновской области не переживают года с момента установки диагноза. Срок жизни с момента установки диагноза у больных РЯ в Ульяновской области слабо коррелировал с возрастом ($r=0,145$; $p=0,005$ по Pearson).

В зависимости от гистологической структуры 35% опухолей в исследуемой группе были отнесены к серозному гистологическому типу, 28% – к муцинозному, 19% – к эндометриоидному, 16% – к мезонефроидному, 16% – к неклассифицируемым и 2% – к злокачественной опухоли Бреннера. При этом у жительниц Мелекесского района больший процент опухолей был отнесен к муцинозному и эндометриоидному гистотипам (29,6% и 24,1% соответственно) и значительно меньше (27,8% и 7,4%) – к серозному и мезонефроидному. Процент морфологического подтверждения диагноза составил 70,4.

Значимость гистотипа опухоли для прогноза срока жизни с момента установки диагноза достаточно высокая. Наибольший срок жизни с момента установки диагноза наблюдается в Ульяновской области у больных с серозным раком, наименьший – у больных с муцинозным.

Среди злокачественных эпителиальных опухолей яичников в Ульяновской области в целом высоко-, средне- и низкодифференцированные формы встречаются практически с одинаковой частотой (30,7%, 33,6% и 35,7% соответственно). При этом в Мелекесском районе

наблюдается сдвиг в сторону умеренно- и низкодифференцированных форм.

Отмечены также существенные различия в степени дифференцировки, зависящие от гистологического типа опухоли яичников. Так, в муцинозных карциномах по сравнению с серозными, светлоклеточными и, тем более, неклассифицируемыми опухолями преобладала высокая дифференцировка эпителиальных гистоструктур (36,6%, 31,1%, 29,8% и 0% соответственно). Умеренно дифференцированные формы опухолей яичников наиболее часто встречались среди больных серозной цистаденокарциномой (40,8%), при этом все случаи злокачественной опухоли Бреннера были представлены умеренно дифференцированными опухолевыми клетками. Низкодифференцированные формы опухолей преобладали в группе неклассифицируемых карцином (93,5%).

Степень дифференцировки опухоли несомненно оказывает влияние на клиническое течение заболевания. При этом по мере снижения дифференцировки опухоли сильнее проявляются ее агрессивные потенции, в частности нарастает степень распространения метастазов. Однако значимость дифференцировки для прогноза срока жизни с момента установки диагноза несущественна.

Таким образом, на фоне выраженной тенденции к росту заболеваемости и смертности от РЯ в Ульяновской области имеет место резкое, практически в 4 раза повышение указанных показателей в районах, сочетающих наличие геотектонических разломов и техногенного радиоактивного загрязнения. У больных указанного района с наименьшим сроком продолжительности жизни с момента верификации диагноза больший по сравнению со средним по области процент опухолей был отнесен к муцинозному и эндометриоидному гистотипам низкодифференцированной формы.

PECULIARITIES OF OVARY CANCER MORBIDITY IN ULYANOVSK OBLAST

I.I. Antoneeva

Summary

The morbidity of and mortality from ovary cancer in Ulyanovsk oblast in 1999–2005 were analysed. The role of sex, age and living area of patients as well as morphological type and stage of cancer differentiation was estimated. It was found that there is a tendency to increase the morbidity of and mortality from ovary cancer in all parts of Ulyanovsk oblast, but even higher risk is in the districts where geotectonic fractures is associated with radionuclide pollution.