

Комплекс лечебно-реабилитационных мероприятий включал: 1) лимфодренаж верхней конечности при помощи аппарата прерывистой лимфатической компрессии (от 10 до 15 процедур); 2) медикаментозную терапию (флебодиа 600 по 1 таблетке в сут, детралекс по 500 мкг 2 раза в сут не менее двух месяцев); 3) «дренирующий» массаж верхней конечности с мазями «венитан», «венозол», «лиотон» и др. (в течение месяца 2 раза в сут); 4) лечебную физкультуру по программе реадaptации от 10 до 15 индивидуальных или групповых занятий. При необходимости больным оказывали психотерапевтическую и терапевтическую помощь. Пациенткам также рекомендовали соблюдать оптимальный питьевой и солевой режим.

Результаты. Критерием эффективности проводимых лечебно-реабилитационных мероприятий была динамика клинических проявлений осложнений. Анализ проводимого лечения

показал, что восстановлена чувствительность верхней конечности, купирован болевой синдром у всех пациенток уже после 1-3 сеансов лимфодренажа. Явления лимфатического отека значительно уменьшились у 92 больных (70,8 %), остались без динамики у 24 больных (18,5 %), купированы у 14 больных (10,7 %). Эффективность лечения снижалась в зависимости от увеличения длительности анамнеза лимфатического отека конечности. Движения в плечевом поясе были восстановлены у всех больных (n=29) практически полностью (на 2-6 % меньше, чем на здоровой стороне).

Выводы. Дифференцированное применение комплексных лечебно-реабилитационных мероприятий с целью купирования постмастэктомических осложнений позволило судить об их эффективности, подтвержденной клинико-динамическим исследованием.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА СТРУКТУРЫ ОНКОЛОГИЧЕСКОЙ СМЕРТНОСТИ И СТРУКТУРЫ ПОТЕРЬ «ТРУДОВЫХ ЛЕТ» В РЕЗУЛЬТАТЕ СМЕРТНОСТИ ОТ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ В ХАБАРОВСКОМ КРАЕ

С.М. КОРНЕЕВ, Н.Э. КОСЫХ

Дальневосточный государственный медицинский университет, г. Хабаровск

Цель исследования: сравнение структуры онкологической смертности и структуры потерь «трудовых лет» в результате смертности от злокачественных новообразований на территории Хабаровского края.

Материал и методы. В исследовании использована база данных врачебных свидетельств о смерти заполненных в Хабаровском крае за период с 1992 по 2007 г. Прямым методом рассчитаны стандартизованные годовичные и среднегодовые показатели смертности («мировой» стандарт) для мужского и женского населения Хабаровского края. Кроме этого, как для мужчин, так и для женщин рассчитан показатель потерь «трудовых лет» (количество лет «недожитых» человеком до своего пенсионного возраста).

Результаты. У мужчин в структуре онкологической смертности на первом месте находится рак легкого ($66,9 \text{ ‰}$), далее следуют рак желудка ($31,0 \text{ ‰}$), рак поджелудочной железы ($10,3 \text{ ‰}$), рак ободочной кишки ($8,6 \text{ ‰}$) и рак пищевода ($8,1 \text{ ‰}$). В структуре потерь «трудовых лет» первые два места сохраняют рак легкого и рак желудка – 21683 чел./лет и 13712 чел./лет соответственно. На третьем месте находятся опухоли ЦНС (7411 чел./лет), потеснившие на четвертое место рак поджелудочной железы (5252 чел./лет). Рак гортани (3480 чел./лет) замыкает пятерку новообразований, определяющих наиболее крупные потери «трудовых лет» у мужчин.

В структуре онкологической смертности женщин первые пять мест занимают рак молоч-

ной железы ($16,2 \text{ ‰}_{0000}$), рак желудка ($12,2 \text{ ‰}_{0000}$), рак легкого ($8,0 \text{ ‰}_{0000}$), рак ободочной кишки ($7,1 \text{ ‰}_{0000}$) и рак яичников ($5,7 \text{ ‰}_{0000}$). Расчет показателя потерь «трудовых лет» демонстрирует иную картину. Первое место сохраняет рак молочной железы – 7738 чел./лет. Второе и третье места занимают новообразования, не входившие в пятерку самых частых причин смерти. Общая потеря «трудовых лет» при раке шейки матки составляет 4868 чел./лет, а при опухолях ЦНС – 4340 чел./лет. Четвертое и пятое места занимают соответственно рак желудка (3982 чел./лет.) и рак яичников (2685 чел./лет).

Как видно из представленного материала, и у мужчин и у женщин структура смертности отличается от структуры потерь «трудовых лет». Это, по-видимому, связано с различным харак-

тером возрастного распределения умерших при разных формах злокачественных новообразований. Опухоли с более ранним возрастом наступления летального исхода в структуре потерь «трудовых лет» занимают более высокое место.

Выводы. Структура онкологической смертности и структура потерь «трудовых лет» как у мужчин, так и женщин имеют определенные различия. В структуре потерь «трудовых лет» у мужчин наряду с такими наиболее частыми причинами смерти, как рак легкого и рак желудка, заметное место занимают опухоли ЦНС и рак гортани. В структуре потерь «трудовых лет» у женщин наряду с раком молочной железы ведущее место занимают рак шейки матки и опухоли ЦНС.

ОПУХОЛЬ-АССОЦИИРОВАННЫЕ МАКРОФАГИ, МАТРИКСНЫЕ МЕТАЛЛОПРОТЕИНАЗЫ И ИХ ИНГИБИТОРЫ ПРИ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОМ ЗЛОКАЧЕСТВЕННОМ РОСТЕ

Т.А. КОРОЛЕНКО, С.Я. ЖАНАЕВА, Т.А. АЛЕКСЕЕНКО, Т.Г. ФИЛАТОВА,
М.А. ДЕРГУНОВА, В.М. БЕЛИЧЕНКО

Институт физиологии СО РАМН, г. Новосибирск

Цистеин, аспарагиновая кислота, серин и матриксные металлопротеиназы (ММП), а также их тканевые ингибиторы (ТИМП) играют важную роль в процессах опухолевого роста, ангиогенеза, инвазии, метастазирования и в значительной степени определяют злокачественность опухоли. В опухолевой ткани происходит взаимодействие между опухолевыми клетками и макрофагами (МФ), однако характер такой взаимосвязи недостаточно хорошо изучен, и до сих пор нет однозначного мнения о роли МФ в становлении и прогрессии опухоли.

Цель исследования – изучить фагоцитарную функцию опухоль-ассоциированных макрофагов, а также уровень ММП/ТИМП-1 при опухолевом росте и метастазировании в эксперименте.

Материал и методы. В работе использовались мыши линий СВА и СВА/С57ВL (Институт цитологии и генетики РАН, г. Новосибирск) с трансплантированной аденокарциномой легких

Льюис, метастазирующей в легкие. Для получения модели макрофагальной депрессии в печени мышам однократно вводили хлорид гадолиния (ХГД) в дозе 10 мг/кг, а для модели с депрессией МФ в опухоли и легких – в дозе 14 и 28 мг/кг. Включение и накопление ХГД в лизосомах клеток опухоли и печени определяли методом адсорбционной спектроскопии, используя Jobber Ivon (Catalist, Новосибирск). Активность ММП определялась с помощью флуоресцирующего субстрата MCA--Pro-Leu-Gly-Leu-Dpa-Ala-Arg-NH₂ по количественной оценке активности ММП-2 (желатиназа А) и ММП (стромелизин) (Nagase et al., 2005). Концентрацию ТИМП-1 измеряли с помощью коммерческого набора ELISA для мышей (Ray Biotech, USA), концентрацию ММП-2 с помощью набора ELISA для человека/крысы/мышей (R&D, USA).

Результаты. У интактных мышей накопление ХГД в печени происходило главным образом за счет поглощения МФ (до 70% от введенной