

**AZƏRBAYCAN ONKOLOGIYA  
VƏ HƏMMƏRZ ELMLƏR JURNALI**  
AZERBAIJAN JOURNAL OF ONCOLOGY  
AND RELATED SCIENCES



Cild  
Volume  
Tom

3

1997

№1-2

BAKI - BAKU - БАКУ

# AZƏRBAYCAN ONKOLOGIYA VƏ HƏMMƏRZ ELMLƏR JURNALI

\*

AZERBAIJAN JOURNAL OF ONCOLOGY AND RELATED SCIENCES

\*

АЗЕРБАЙДЖАНСКИЙ ЖУРНАЛ ОНКОЛОГИИ И СМЕЖНЫХ НАУК

\*

Yarım illik  
Elmi-praktiki Jurnal

1994-ci ildə yaradılıb  
Tə'sisçi:  
Azərbaycan Respublika  
Milli Onkologiya Mərkəzi

Полугодовой  
Научно-практический  
журнал

Основан в 1994 г.  
Учредитель:  
Национальный центр  
онкологии  
Азербайджанской  
Республики

Semi-annual  
Scientific-Practical Journal

Established in 1994  
Founder:  
National center of oncology  
of Azerbaijan Republic

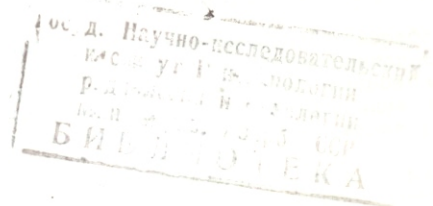
Cild  
Volume  
Том

3

1997

№1-2

BAKİ - BAKU - BAKU





**РАЗВИТИЕ НОМЕНКЛАТУРЫ И КЛАССИФИКАЦИИ ЛИМФОМ**

М.К.Мамедов, Э.М.Оруджев  
Национальный центр онкологии, г.Баку

Под повсеместно используемыми ныне терминами "лимфомы" или, реже, "злокачественные лимфомы" (последний предложен Т.Billot еще в 1881 г.) сегодня понимается совокупность всех нелейкемических опухолей гемопозитического и лимфоидного гистогенеза.

Обсуждая современные проблемы классификации лимфом (ЛФ), следует вспомнить основные этапы формирования представлений об их природе. Исторически первой из идентифицированных ЛФ была болезнь Ходжкина, описанная в 1832 г., рассматриваемая Ю.Конгеймом как одна из форм "псевдолейкемии". Лишь в 1904 г. она была окончательно признана самостоятельной нозологической формой и получила название "лимфогранулематоз" (ЛГМ) [4].

Термин "лимфосаркома" (ЛС), впервые использованный R.Virchow в 1863 г. для обозначения обнаруженной им опухоли лимфоидного гистогенеза и не имеющей отношения к ЛГМ, получил широкое распространение и, нередко, используется даже в наши дни. В 1925 г. Brill впервые описал нодулярную ЛС, а в 1938 г. Symmers высказал мнение о том, что при нодулярной ЛС прогноз более благоприятный [6, 25]. В 1928 г. С.Oberling для обозначения ретикулярноклеточных опухолей ввел в литературу термин "ретикулосаркома" (РС), который до недавнего времени широко использовался (позднее было установлено, что РС может считаться одной из разновидностей ЛС).

Несмотря на то, что опухолевая природа ЛГМ никем не ставилась под сомнение, степень общности и различий ЛГМ, ЛС и РС долго оставалась предметом дискуссий. По мере расширения и углубления знаний об этих заболеваниях все очевиднее становилось, что ЛГМ, будучи родственен с ЛС, отличается от нее не только по характеру течения и прогнозу, но и по морфологическим особенностям [4].

В 1918 г. J.Orth предложил собирательный термин "гемобластозы" для обозначения группы заболеваний, включающих ЛГМ, ЛС, РС и другие лимфопролиферативные заболевания. Со временем содержание этого понятия расширилось и его, все чаще, стали использовать для обобщения всех опухолевых заболеваний кроветворной системы, включая и лейкозы. Поэтому место ЛГМ и ЛС в онкологической патологии вообще оставалось предметом серьезных дискуссий, хотя большинство авторов объединяли их в одну группу, которую обозначали как "ретикулобластоматозы", "опухолевые ретикулезы", "нелейкемические гемобластозы" и др. в европейских странах и "лимфомы" - преимущественно в англоязычных странах [2].

Выделение ЛГМ, ЛС и некоторых других лимфопролиферативных заболеваний в обособленную от лейкозов группу имело под собой основания, хотя их отличие от лейкозов не было абсолютным, поскольку эти процессы связаны между собой промежуточными состояниями и принципиальной возможностью взаимной трансформации.

Учитывая, что кроветворная ткань онтогенетически имеет мезенхимальный генез, в 1963 г. Mathe и Seman во Франции предложили все неопластические заболевания кроветворной ткани, представляющие собой опухолевые образования, не связанные изначально с костным мозгом (кроме ЛГМ), объединить в группу "гематосарком". Однако, постепенно, но все чаще, стал использоваться собирательный термин "неходжкинские лимфомы" (НХЛ), противопоставляющий все варианты ЛС и ЛГМ, за которым закрепилось название "Болезнь Ходжкина" (БХ). Именно эти названия сегодня признаются наиболее корректными [21].

**ХОДЖКИНСКАЯ ЛИМФОМА.** Возникновение и развитие классификаций лимфом началось с классификации БХ. Начиная с А.Труссо, который в 1865 г. предложил клиническую классификацию БХ, и до настоящего времени было предложено несколько различных классификаций этого заболевания, построенных, главным образом, на гистологической основе и отражавших уровень представлений своего времени о сущности

БХ. Большинство этих классификаций и, соответственно, использованной в них терминологии сохранило лишь историческое значение, хотя среди них можно, к примеру, упомянуть первые гистологические классификации K.Ziegler (1927), K.Terplan и M.Mittelbach (1929) и, по сути мало отличающаяся от них, классификация Jackson и Parker (1944), в которой выделялись 3 варианта БХ: парагранулемас относительно доброкачественным течением, гранулема с удовлетворительным прогнозом и саркома, отличающаяся злокачественным течением [4, 14]. В 1956 г. Smetana и Cohen выделили псевдофолликулярную склеротическую форму с несколько лучшим прогнозом [24].

В 1963 г. появился впоследствии опубликованный проект классификации, разработанный Lukes и Butler, включавшей 6 вариантов БХ: нодулярный лимфогистиоцитарный, диффузный лимфогистиоцитарный, нодулярный склероз, смешанно-клеточный, диффузный фиброз и ретикулярный вариант [15]. В 1965 г. на конгрессе в г.Руе (Франция) эта классификация была упрощена: нодулярный и диффузный лимфогистиоцитарные варианты были объединены в вариант лимфоцитарное преобладание, а диффузный фиброз и ретикулярный вариант - в вариант с лимфоцитарным истощением [17]. Выделенные в ней 4 морфологических типа, расположенные в порядке ухудшения прогноза (лимфоцитарное преобладание, нодулярный склероз, смешанно-клеточный вариант, лимфоцитарное истощение) подвержены изменениям во времени и при прогрессировании изменения приводят к их трансформации, обычно, в направлении от лимфогистиоцитарного к лимфоидному истощению. Последующие клинико-морфологические исследования показали, что классификация, принятая в г.Райе, коррелирует с течением заболевания и полезна для клинической практики [1]. Поэтому принципы этой классификации используются и в настоящее время.

Начиная с Классификации ВОЗ (1976), БХ стала включаться в классификации гемобластозов на правах рубрики, включающей 4 морфологических варианта болезни, указанных в классификации



Рубе. Лишь в последней, описанной ниже, классификации (REAL) в рубрике БХ провизорно выделен 5-й вариант этого заболевания [7]. И, наконец, о крайне важном в практическом отношении вопросе стадирования БХ. Так как БХ считается системным заболеванием и до сих пор нет единого мнения о принципиальной возможности определения места возникновения неопластического процесса (т.е., первичного опухолевого очага), использование применительно к этому заболеванию основных символов Международной TNM классификации едва ли имеет смысл, хотя в ней при обсуждении вопроса о клиническом

стадировании (т.е., установлении степени распространения) БХ отмечено, что ввиду того, что решение о применении TNM-классификации при БХ еще не принято, с этой целью следует, в рамках данной классификации, руководствоваться принципами стадирования этого заболевания, принятыми в 1971г. в Ann-Arbor (США) [3].

**НЕХОДЖКИНСКИЕ ЛИМФОМЫ.** Развитие классификаций НХЛ долгое время шло по пути расширения терминологии за счет пополнения знаний о гистологии различных вариантов ЛС, каждый из которых рассматривался как самостоятельное заболевание, отличающееся от других в морфологическом, клиническом и прогностическом отношении. Результатом одной из первых попыток классифицировать НХЛ стала система Gall и Mallory (1942), в которой соотносились морфология ЛФ и их прогноз [9].

Началом современного этапа классифицирования НХЛ, видимо, следует считать 1956 г., когда Rappaport предложил свою классификацию, разделяющую НХЛ, независимо от клеточного состава, на 2 структурных типа: нодулярные (фолликулярные), с более благоприятным, и диффузные, с менее благоприятным, прогнозом. При этом, среди последних выделялись нодальные (возникающие в лимфоидной ткани лимфоузлов, миндалин, селезенки, глоточного кольца Вальдейера, аппендикса или тимуса) и экстранодальные НХЛ (изначально исходящие из лимфоидных элементов внутренних органов: желудок, кишечники др. или костный мозг). Кроме того, учитывалось отсутствие или наличие фиброза (последнее рассматривалось как показатель более благоприятного прогноза) [22].

Во втором пересмотре этой классификации в 1966 г. было отмечено, что каждый из указанных 2-х типов НХЛ, в зависимости от клеточного состава, может быть лимфоцитарным, гистиоцитарным и смешанным. Несмотря на то, что она, хотя и основывалась на гистологической и цитологической характеристике лимфоидных клеток, и носила, преимущественно, описательный характер, оказалась доступной для использования клиницистами и применялась более 10 лет с некоторыми дополнениями, принятыми в 1979 г. [19].

Огромные успехи в фундаментальных науках и накопление большого клинического материала к началу 70-х годов создало объективные предпосылки для пересмотра прежних представлений на природу ЛФ, выразившееся и в том, что именно в этот период, практически одновременно, появилось несколько классификаций НХЛ. Это были предложенные в США классификации Bennet et al., (1973) и Lukes, Collins (1974) [16], разработанные в Германии (г.Киль) классификация Lennert et al. (1974) [10] и Англии британская классификация ЛФ Henry (1975) [12], классификация R.Dorfman (1976) [8], классификация ВОЗ (1976) и ряд других.

Классификация Беннета и соавт. являет собой развитие классификации Гэлла-Мэллори и основывается на результатах не только световой, но и электронной микроскопии [5]. Одновременно она выделяет 2 степени злокачественности: к 1-й степени в ней относятся все клеточные варианты фолликулярных ЛФ и лимфоцитарные хорошо и промежуточно дифференцированные диффузные ЛФ, а ко 2-й - лимфоцитарные плохо и не дифференцированные клеточные варианты диффузных ЛФ. Достоинством данной классификации была ее доступность для практических морфологов, исследующих срезы опухолевых тканей [1].

Вместе с тем, наибольшую известность получили классификация Леннерта, вошедшая в литературу под названием "Кильской классификации" (КК) и, во многом сходная с ней, классификация Люкеса-Коллинза, которые наряду с морфологическими критериями (архитектоника ткани опухоли, размеры клеток - мелкие или крупные, а также и структура их ядер - расщепленные или нерасщепленные ядра) впервые предполагали использование иммунологических критериев, более точно учитывающих гистогенез лимфоидных клеток и их иммунологическую взаимосвязь с нормальными клетками лимфоидного ряда (Т- и В-лимфоцитами). Так, КК, разделяющая все НХЛ по происхождению на В- и Т-клеточные и выделяющая 2 степени злокачественности, первой охарактеризовала ряд важных форм НХЛ. Однако, она отделила периферическую экстранодальную ЛФ от других разновидностей грибовидного микоза и предложила трудно воспроизводимую морфологическую идентификацию В-клеточной и периферической Т-клеточной ЛФ.

Классификация ВОЗ (Mathe, Rappaport, 1976) являла собой гистологическую и цитоморфологическую классификацию гемобластозов, состоящую из 2 частей: лейкозы и опухоли. Во 2-й части имелись 7 рубрик: ЛС, РС, плазмацитома, грибовидный микоз, неклассифицированные злокачественные лимфомы, БХ и прочие опухоли (мастоциты и эозинофильная гранулема) [18].

В 1976 г. в "Международной классификации болезней для онкологии" (International classification of diseases for oncology ICD-O), составляющей часть "Международной классификации болезней" (МКБ) 9-го пересмотра, появилась Классификация ЛФ. Поскольку редакторы попытались включить в нее варианты терминов из всех существовавших в то время классификаций НХЛ, это, в конечном итоге, не способствовало четкости разделения рубрик и кодов, соответствующих различным вариантам ЛФ. В ней, как и в классификации ВОЗ, все еще выделялись ЛС и РС.

В конце 1976 г. по инициативе Национального института рака (США) было начато Международное исследование для определения наилучшей классификации НХЛ, результаты которого, опубликованные в 1982 г., доказали, что ни одна из классификаций не имеет существенных преимуществ перед другими. Учитывая это, группа ученых возглавляемая Rosenberg, подводящая итоги упомянутого исследования, разработала и опубликовала в той же статье, так называемую, "Рабочую формулу" (Working formulation), предназначенную для клинического использования [23]. Она представляет собой клинически ориентированную схему, разработанную, главным образом, на основе классификации Люкеса-Коллинза (между ними имеется различие в использованной терминологии). Она построена на основе анализа мор-



фологии опухолей (в срезах, окрашенных гематоксилином и эозином), клиническом стадировании НХЛ в соответствии с особенностями их клинко-патогенетической эволюции (natural history) и "ответа" на адекватное лечение, а также выживаемости больных, наблюдавшихся за 10-ти летний период. Различия между НХЛ в отношении прогноза выразилось в том, что в "рабочей формулировке" были выделены низкая, промежуточная и высокая степень злокачественности НХЛ.

Поскольку такой подход был прост и доступен для клиницистов, "рабочая формулировка" получила высокую оценку, особенно в США и Канаде. И, хотя эта система рекомендовалась не как классификация, а лишь как средство согласования различных существующих классификаций, она вошла в литературу под названием "Рабочей классификации лимфом" (РК). В 1984 г. появилось дополнение к РК с между народными кодами ICD-O для различных клинко-морфологических вариантов НХЛ, приведенных в РК [20]. Однако, РК не отражала иммунологических особенностей опухоли, а ее рубрики не во всех случаях позволяли четко различить некоторые из форм НХЛ, например, диффузную крупноклеточную ЛФ с промежуточной, и крупноклеточную иммунобластную ЛФ с высокой степенью злокачественности.

Итак, оказалось, что и РК, несмотря на достоинства, все же не была в состоянии полностью удовлетворить запросы практики и не отражала, в нужной степени, связь морфологических типов НХЛ с их прогнозом.

Дальнейшее совершенствование РК получила во 2-ом издании ICD-O, вышедшем в 1990 г. (на русском языке - в 1995 г.) как раздел МКБ 10-го пересмотра. В ней уже был использован унифицированный термин "злокачественные ЛФ" (ЗЛ), введенный в качестве основного названия всего раздела, построенного в соответствии с принципами РК (прежние термины ЛС и РС остались в рубрике "ЗЛ без дополнительных уточнений"). Здесь были даны эквивалентные термины, заимствованные из классификации Раппопорта и КК, и основные рубрики, соответствующие гистологическим группам РК: "БХ", "диффузная ЗЛ", "фолликулярная ЗЛ", "Уточненные кожные и периферические Т-клеточные ЛФ" (грибовидный микоз, болезнь Сезари и др.), "Другие имфоретикулярные новообразования", "Плазмноклеточные опухоли", "Тучноклеточные опухоли" и "Иммунопролиферативные болезни". В ней приведена таблица, демонстрирующая связь различных нозологических форм и терминов РК и КК. Кроме того, всем нозологическим формам НХЛ (и, в том числе, специфическим типам диффузных ЛФ) присвоены отдельные коды. Учитывая, что порядка 85% НХЛ относятся к диффузным, все не до конца идентифицированные НХЛ также отнесены к диффузным НХЛ. Здесь же были выделены нодальные (составляющие около 75% всех ЛФ) и экстранодальные НХЛ, при которых прогноз, как правило, лучше [21].

И, наконец, во 2-м издании ICD-O отмечены варианты иммунофенотипирования НХЛ и выделены Т-, В- и "нуль"-клеточные лимфомы, а также выделены иммунологически не идентифицированные лимфомы. Лимфобластные НХЛ являются преимущественно Т-клеточными, а иммунобластные, крупноклеточные, смешанные мелкоклеточные и крупноклеточные диффузные НХЛ являются, как правило, на 50% В- и на 50% Т-клеточными. Большинство остальных НХЛ являются В-клеточными.

Существование и, соответственно, применение в практике нескольких, примерно равноценных по своему клинко-морфологическому значению, классификаций НХЛ затрудняет унификацию и однозначную трактовку материалов в разных клиниках, поскольку, к сожалению, не все нозологические формы, указанные в одной из них, имеют точные эквиваленты в других классификациях.

Последней по времени появления стала "Пересмотренная Евро-Американская классификация" - Revised European-American Classification of lymphoid neoplasms (REAL-classification), разработанная в 1994 г. Международной группой по изучению лимфом [11].

Перед данной классификацией авторы поставили 2 основные задачи: 1) обеспечить возможность определения характерных подгрупп ЛФ и, тем самым, устанавливать точный диагноз и 2) обеспечить возможность оценивать прогноз заболевания и, соответственно, рационально использовать лечебные средства. Учитывая эти обстоятельства, авторы задались целью модифицировать 2 главные классификации НХЛ (КК и РК) так, чтобы они или производная от них система максимально отвечала указанным требованиям.

Несмотря на биологическую акцентуацию и соответствие, по ряду аспектов КК и РК, REAL-классификация позволяет преодолеть некоторые из ограничений, имеющих в этих двух классификациях.

Провизорные взаимоотношения ее с КК и РК для НХЛ В- и Т-линий, приведенные в отдельной таблице, должны рассматриваться лишь как отражение приблизительного соответствия и пока не могут считаться до конца известными, так как в последних классификационных системах несколько форм не распознаны или определены различно и, таким образом, соответствуют друг другу лишь частично. Тем не менее, дальнейшее уточнение этих взаимоотношений будет способствовать более легкому переходу от более легких по форме, но клинически несовершенных, классификаций к более комплексной, но биологически и клинически более точной системе, каковой является REAL классификация.

Хотя в этой классификации существующая номенклатура, в основном, сохранена, ее подход не ограничивается чисто морфологической оценкой, а предполагает интегративную оценку всех доступных данных (полученных с помощью как морфологических и клинических, так и иммунологических, цитогенетических и, даже, таких молекулярно-биологических методов, как полимеразная цепная реакция и гибридизация нуклеиновых кислот), ценных с точки зрения определения формы НХЛ, как основы для развития новых стратегий лечения.

В REAL-классификации выделены новые важные, ранее не определяемые, подгруппы, например, мантиевидно-клеточная ЛФ или ЛФ, исходящая из подслизисторасположенной лимфоидной ткани (mucosa-associated lymphoid tissue) MALT-lymphoma. Однако, следует помнить, что REAL-классификация, по большому счету, не создала новых форм, а лишь суммировала и уточнила ранее распознанные болезни.

REAL-классификация, по структуре, представляет собой обстоятельный перечень детально охарактеризованных нозологических форм НХЛ, в котором выделены 3 крупных раздела: 1) В-клеточные неоплазмы (12 форм НХЛ), 2) Т- и НК-клеточные неоплазмы (11 форм НХЛ) и 3) БХ (5 морфологических вариантов). Каждая из форм кратко, но четко, охарактеризована по 7 позициям:



REAL-классификация, по структуре, представляет собой обстоятельный перечень детально охарактеризованных нозологических форм НХЛ, в котором выделены 3 крупных раздела: 1) В-клеточные неоплазмы (12 форм НХЛ), 2) Т- и НК-клеточные неоплазмы (11 форм НХЛ) и 3) ВХ (5 морфологических вариантов). Каждая из форм кратко, но четко, охарактеризована по 7 позициям: морфология, фенотип, генетика, клинические особенности, области поражения, характер течения и важнейшие критерии диагноза.

Важнейшей особенностью REAL-классификации, по видимому, является то, что для повышения клинической ценности данных о характере течения каждой разновидности НХЛ выделены 2 пункта, первый из которых отражает степень риска агрессивности течения (вяло текущие, агрессивные и крайне агрессивные), а второй - возможность и перспективность адекватного лечения (бесперспективные, малоперспективные и перспективные). Последние позволяют группировать различные типы НХЛ в определенные категории. Так, вялотекущие НХЛ чаще диагностируются в стадиях генерализации процесса, но характеризуются медленным прогрессированием, на фоне которого возможна, даже, спонтанная регрессия. В этих случаях, однако, при средней чувствительности к химиотерапии, излечение современными цитостатическими программами отмечается редко. С другой стороны, агрессивные ЛФ, зачастую, характеризуются средним и хорошим "ответом" на химиотерапию и у значительной части больных удается добиться ремиссии, хорошего показателя выживаемости. Крайне агрессивные ЛФ обычно составляют грозную угрозу для жизни больного, хотя и в этих случаях терапия может стать весьма успешной. Понятно, что такая клиническая группировка не абсолютизируется и служит только для грубой ориентировки клинициста, тем более, что специфическая терапия должна проводиться всегда, когда это возможно и безопасно для больного.

Обосновывая принципы REAL-классификации, ее авторы декларируют ряд положений. Во-первых, далеко не все формы НХЛ не могут быть просто разделены на категории низкой и высокой степени злокачественности. Во-вторых, некоторые типы или подтипы ЛФ носят провизорный характер: они могут быть удалены или стать установленными типами или подтипами тогда, когда их статус будет прояснен последующей информацией. В-третьих, в настоящее время остаются ограниченными возможности субклассификации некоторых НХЛ (диффузная В-клеточная, крупноклеточная иммунобластная ЛФ, большинство периферических Т-клеточных ЛФ и др.). В-четвертых, в случае выявления новых, ранее неизвестных, форм или подтипов НХЛ они могут быть добавлены к перечню, разумеется, после получения необходимой для этого информации. В-пятых, в практических целях, когда диагноз (и идентификация подтипа) той или иной НХЛ может быть выставлен только на основе морфологической оценки, использование методов для получения иной (дополнительной) информации не является обязательным. В других случаях, рекомендуется проведение иммуногистохимических или других доступных исследований для определения классификационной принадлежности ЛФ.

Итак, REAL-классификация клинически и гистопатологически определенных форм лимфом включает основные детерминанты морфологии и клинического течения и может служить патологам и клиницистам для достижения широко приемлемых оснований для дальнейшего улучшения постановки диагноза и лечения ЛФ.

В ходе более, чем 3 летнего обсуждения сформировалось мнение о том, что REAL-классификация может рассматриваться как наиболее исчерпывающая совокупность известных форм НХЛ и как важный шаг к биологической ориентировке в стадировании лимфом и адаптации классификационной системы к современным знаниям, технике и методам исследования. Следовательно, сегодня она является логическим завершением развития классификаций ЛФ и, при этом, завтра может оказаться хорошей основой для дальнейшего расширения, углубления и развития наших представлений об этой группе заболеваний [13].

В заключение, касаясь вопроса о клиническом стадировании НХЛ, необходимо отметить, что до настоящего времени все еще не осуществлена адаптация Международной клинической (TNM) классификации для определения степени распространенности НХЛ. Поэтому на данном этапе с этой целью, как и при ВХ, рекомендуется использование Клинической классификации, принятой в Энн-Эрборе.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Карр Я., Хэнкок Б., Хендри Л, Уорд А. Лимфоретикулярные болезни. М.: Медицина, 1980, с.77-144;
2. Краевский Н.А., Неменова Н.М.- Арх.патол., 1971, N.2, с.12-25; 3. Международная классификация опухолей. Минск, 1993. с.221; 4. Яновский Д.Н.- В кн.: Болезни системы крови и кроветворных органов. Под ред. А.А.Багдасарова. М.: Медгиз, 1962, с.448-524; 5. Bennet M. et al.- Lancet, 1974, v.II, p.405-406; 6. Brill M. et al.- J. Amer. Med. Ass., 1925, v.84, p.665-671; 7. Chan J. et al.- Amer. J. Clin. Pathol., 1995, v.103, p.543-560; 8. Dorfman R.- Cancer Treatment Rep., 1977, v.61, p.945-951; 9. Gall E. и T.Mallory T.- Amer. J. Pathol, 1942, v.18, p.381-429; 10. Gerard-Marchant R. et al.- Lancet, 1974, v.II, p.406-408; 11. Haris N. et al. - Blood, 1994, v.84, p.1361-1367; 12. Henry R.- Brit. J. Cancer, 1975, v.31, s.2, p.73-93; 13. Hiddeman W. et al. - Blood, 1996, v.88, p.4085-4089; 14. Jackson H., Parker F. - New Engl. J. Med., 1944, v.231, p.35-44; 15. Lukes R., Butler J. - Cancer Res., 1966, v.26, p.1063-1075; 16. Lukes R., Collins R. - Brit. J. Cancer, 1975, v.31, s.2, p.1-28; 17. Lukes R. et al.- Cancer, 1966, v.19, p.317-344; 18. Mathe G, Rapoport H. Histological and cytological typing of neoplastic diseases of haematopoietic and lymphoid tissues. Geneva: WHO, 1976; 19. Nathawani B. - Cancer, 1979, v.44, p.347-348; 20. Percy C.L. et al.- Cancer, 1984, v.54, p.1435-1438; 21. Perci C. et al. International Classification of Diseases for Oncology (ICD-O) Geneva: WHO, 1990; 22. Rappaport H. et al.- Cancer, 1956, v,9, p.792-821; 23. Rosenberg S. et al.- Cancer, 1982, v.49, p.2112-2135; 24. Smetana H., Cohen B. - Blood, 1956, v.11, p.211-215; 25. Symmers D.- Arch. Pathol., 1938, v.26, p.603-647.



S u m m a r y  
THE DEVELOPMENT OF LYMPHOMAS NOMENCLATURE AND CLASSIFICATION  
M.K.Mamedov, E.M.Orujev

In the present article are given short review on lymphomas nomenclature and classification development. All lymphomas classifications are briefly compared and analyzed in view of modern application in practice.

\* \* \*

**ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫЕ ЛИМФОМЫ КОЖИ: НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ КЛИНИКИ,  
ДИАГНОСТИКИ, ПАТОГЕНЕЗА И ЛЕЧЕНИЯ**

З.Г.Фараджев

Азербайджанский медицинский университет им.Н.Нариманова, г.Баку

В последние годы представления о злокачественных лимфомах кожи (ЗЛК) значительно расширились, что послужило основанием для создания новых классификаций, трактовок патогенеза и разработки новых методов терапии ЗЛК.

Анализ динамики заболеваемости ЗЛК, по данным профильных учреждений, с 1971 по 1991 гг. выявил ее увеличение в 20 раз. Среди диагностических биопсийных гистологических препаратов, поступивших в Центральный кожно-венерологический институт (Москва) в 1975-1985 гг., ЗЛК составили 20%, а грибовидный микоз (ГВМ) занял первое место, по частоте составив 11% [7, 39].

Клинические проявления ЗЛК детально описаны во многих работах исследователей [1, 11, 17, 33]. Мы остановимся на некоторых положениях, трактуемых по-разному.

В настоящее время в мире не существует единой общепринятой классификации ЗЛК, в которой бы нашли отражение их клинические, гистоморфологические и иммунологические особенности, нет единой точки зрения на их пато- и гистогенез.

Большинство патологов европейских стран пользуется Кильской классификацией [29], в основе которой лежит морфологическая характеристика опухолевых клеток. Авторы предполагают возможность развития лимфом из В- и Т-лимфоцитов на всех уровнях.

В США до 1982 г. более признанной была классификация [30], в которой использована возможность иммунологического определения опухолевых клеток по их принадлежности к Т- и В-лимфоцитам, но в профгруппах сохранено разделение лимфосарком по морфологическим признакам пролиферирующих лимфоцитов.

В Международной классификации опухолевых заболеваний кроветворной и лимфоидной тканей (ВОЗ, 1976), ГВМ и ретикулосаркома рассматриваются обособленно в группе опухолей. Диагностические и прогностические критерии, разработанные для лимфом с поражением лимфатических узлов, не всегда применимы для лимфом, локализованных в других органах, в частности, в коже.

Как показывают наши наблюдения, морфологические и прогностические критерии лимфопролиферативных заболеваний кожи имеют ряд существенных особенностей, которые необходимо учитывать в диагностике. Анализ данных литературы последних лет также свидетельствует о многообразии клинических проявлений ЗЛК, которые отличаются по локализации, распространенности, степени злокачественности и длительности течения, что сочетается с вариабельностью их гистологической картины.

При ЗЛК вплоть до поздних стадий заболеваний сохраняется нормальное костно-мозговое кроветворение, что свидетельствует об экстрамодуляторной пролиферации Т- и В-лимфоцитов. Диагностика же ЗЛК, в основном, базируется на комплексной оценке клинических, морфологических и цитологических особенностей заболевания.

За последние годы установлено 3 морфологических типа ретикулосаркоматоза кожи: лимфоцитарная, пролимфоцитарная и лимфобластная (иммунобластная) ЗЛК, которые различаются по клиническому течению, прогнозу и требуют различного подхода к лечению [5].

В клинко-морфологической классификации ЗЛК выделены лимфомы с быстрой и медленной опухолевой прогрессией, учтены их клинические особенности. В последующем была продемонстрирована клинкогистологическая и иммунологическая гетерогенность ЗЛК с Т-клеточным фенотипом [21], а также выделена группа В-клеточных ЗЛК [27].

Термин "ГВМ" не отражает сущности процесса, эта нозологическая форма четко очерчена клинически, поэтому название до настоящего времени применяется многими клиницистами и патологами при описании самой распространенной формы Т-клеточной ЗЛК.

Разработана гистологическая классификация, разделяющая ЗЛК на эпидермо- и неэпидермотропные. К первым отнесены ЗЛК низкой (ГВМ из пролимфоцитарных клеток) и высокой (лимфобластная и гистиоцитарная лимфомы) степени злокачественности, ко вторым - пролимфоцитарная, иммунобластная, макро- и микролимфобластная ЗЛК. Выявлены ранние микроскопические признаки ГВМ, заключающиеся в преимущественных изменениях эпидермиса и позволяющие диагностировать начальные проявления этого заболевания по обычным гисто-логическим препаратам [9].

В группу злокачественных неходжинских лимфом многие авторы, кроме Т- и В-клеточных опухолей, включают гистиоцитарную лимфому (прежнее название "ретикулосаркома"). Истинные гистиоцитарные лимфомы наблюдаются редко. Этому выводу противоречат данные, полученные при исследовании биоптатов кожи 12 больных первичными крупноклеточными лимфомами с использованием для идентификации клеток, ферментных, иммунологических и электронно-микроскопических критериев, когда в 8 опухолях было установлено гистиоцитарное происхождение. Авторы полагают, что истинные гистиоцитарные лимфомы кожи встречаются значительно чаще, чем указывалось ранее [41].



Гистиоцитарная лимфома относится к лимфомам с высокой степенью злокачественности. Она характеризуется распространенностью полиморфных высыпаний в виде папул, бляшек, узлов, опухолей синюшно-багрового цвета, склонных к распаду. При гистологическом исследовании выявляется диффузный инфильтрат, занимающий почти всю толщу дермы и проникающий в эпидермис в подкожную клетчатку. Состав инфильтрата полиморфный. Кроме гистиоцитов, имеются лимфоциты, плазматические клетки и эозинофилы.

Детальное описание клинической картины и микроскопических изменений в коже при ЗЛК не разрешило трудностей дифференциальной диагностики их начальных проявлений с воспалительными дерматозами и изменениями кожи реактивного характера [31].

Поскольку результаты многочисленных попыток дифференцировать I стадию ГВМ с воспалительными заболеваниями кожи путем определения фенотипа клеток инфильтрата моноклональными антителами остаются противоречивыми, в диагностике ранних стадий ЗЛК обязательно должны учитываться клиническая картина и весь комплекс гистологических параметров, найденных с помощью световой микроскопии.

Этиология ЗЛК, как и других опухолей, остается неясной. Обсуждается роль генетических и инфекционных факторов, влияние окружающей среды. Ряд авторов придерживается вирусной теории возникновения ЗЛК [7]. Представляют интерес исследования роли ретровирусов (и, особенно, HTLV-1) в возникновении этого тяжелого заболевания.

Нами в периферической крови больных ЗЛК обнаружены характерные по морфологии онковирусы типа С диаметром 120-140 нм и сферической сердцевиной, локализовавшиеся в центре вириона идентичны с HTLV-I [14, 15]. По-видимому, информация о вирусной, онкогенной трансформации клеток может служить пусковым фактом механизмов развития ЗЛК [16]. Очевидно, для выявления роли вирусов нужны дальнейшие углубленные исследования.

К заболеваниям, которые могут предшествовать развитию ГВМ, относятся фолликулярный муциноз, параспориаз, лимфоидный папулез.

Мы наблюдали 8 пациентов, у которых ЗЛК сочеталась с идиопатическим и вторичным фолликулярным муцинозом. У этих больных отмечалось более тяжелое течение заболевания.

Как известно, сущность фолликулярного муциноза составляют дегенеративные изменения волосяных фолликулов и сальных желез с разрушением их структуры и отложением муцина. Клинически различают 2 стадии заболевания: начальную - фолликулярно-папулезную и позднюю - опухолевидно-бляшечную. Фолликулярно-папулезные высыпания чаще локализуются на лице и волосистой части головы, нередко, процесс принимает диссеминированный характер с поражением туловища и конечностей. Высыпания напоминают гусиную кожу, состоят из многочисленных мелких фолликулярных узелков розовато-синюшного цвета, плотной консистенции. Больных беспокоит интенсивный зуд. Опухолевидно-бляшечные очаги поражения, напоминающие ГВМ или ретикулосаркоматоз кожи, часто подвергаются некротическому распаду с образованием глубоких болезненных язв. Поверхностная рубцовая алопеция наблюдается у 50-60% [34]. Вторичный (симптоматический, злокачественный) муциноз клинически более напоминает основное заболевание.

Дифференциально-диагностическими гистопатологическими критериями являются дегенеративные изменения волосяных фолликулов и сальных желез с формированием кистозных полостей, заполненных гомогенными массами (муцином), окрашивающимися метакроматично толуидиновым синим. Развитие ЗЛК на фоне фолликулярного муциноза наблюдается, примерно, в 10-36% случаев [34].

Имеются сообщения о трансформации лимфоматоидного папулеза в ГВМ и другие формы ЗЛК. Предполагается, что подобная трансформация контролируется иммунологическими защитными механизмами организма. Клинически лимфоматоидный папулез напоминает каплевидный параспориаз, а гистологически - лимфому кожи, т.е. имеется несоответствие между доброкачественным клиническим течением и злокачественной гистологической картиной. Заболевание характеризуется длительным течением, обычно поражает лиц среднего возраста. На коже туловища и конечностей появляется множество красно-коричневых, синюшно-розовых папул с участками некроза на поверхности. Иногда могут формироваться обширные гиперкератотические бляшки и изъязвляющие узлы, разрешающиеся рубцами.

Некоторые авторы объединяют бляшечный параспориаз, фолликулярный муциноз и лимфатоидный папулез в понятие "премикоз", что вряд ли целесообразно, так как трансформация этих заболеваний в грибовидный микоз не всегда доказана.

При множественных опухолевидно-узловатых элементах следует проводить дифференциальный диагноз ЗЛК с болезнью Кимура [28] или ангиолимфоидной гиперплазией с эозинофилией [40]. В большинстве случаев характерная гистологическая картина данного заболевания позволяет поставить правильный диагноз.

Есть еще одно заболевание, которое протекает доброкачественно, но гистологически "имитирует" ГВМ - это актинический ретикулоид, который относится к группе фотодерматозов [26]. Для него характерно наличие плотноватых, папулезных элементов красновато-розового цвета, сопровождающихся зудом и расположенных, как правило, на открытых участках кожи; отмечается чередование летних рецидивов с зимним улучшением патологического процесса. Гистологическое сходство с грибовидным микозом велико не только из-за плотности инфильтрата, но и из-за присутствия в нем клеток с гиперхромными ядрами, напоминающими таковые при ГВМ.

Несмотря на гистологическое сходство с грибовидным микозом, актинический ретикулоид является доброкачественным заболеванием и не трансформируется в ЗЛК. Дерматологи в настоящее время рассматривают синдром Сезари как эритродермическую стадию ГВМ, а обезглавленную форму ГВМ - как проявление лимфосаркомы [38]. Прогноз этой формы ЗЛК крайне неблагоприятен, летальный исход наступает обычно в течение нескольких месяцев.

В литературе имеются значительные расхождения в оценке частоты поражения внутренних органов при грибовидном микозе. По данным разных авторов, они варьируют от 15% [35] до 100% [36], в среднем, составляя 72 % [29]. Согласно имеющимся данным, наиболее



часто поражаются лимфатические узлы (61%), селезенка (52%), легкие (43%), печень (42%), костный мозг (32%), желудочно-кишечный тракт (31%) и почки (28%) [20].

Прогноз при классической форме ГВМ неблагоприятен. Так, по данным В.С.Проскуриной [11], средняя продолжительность жизни больных от момента постановки диагноза, подтвержденного гистологическим исследованием, составляет, приблизительно, 7,2 года, по данным E.Erstein et al. - 8,1 года. После развития опулевых высыпаний продолжительность жизни обычно не превышает 1-2 года.

Современная медицина не располагает средствами, которые могли бы привести больных ЗЛК к полному излечению.

Вопросам химиотерапии ЗЛК цитостатиками посвящено огромное количество исследований. Мы коснемся только наиболее перспективных направлений, развившихся в последнее время.

К сожалению, пока не существует строгих опухолеспецифичных цитостатических препаратов. В связи с этим, химиотерапия ЗЛК, нередко, дает тяжелые побочные эффекты (угнетение костного мозга, тромбоцитопения, лейкопения), что требует применения дополнительных корригирующих эти побочные эффекты лечебных мероприятий.

Как показали проведенные в ЦКВИ исследования, проспидин является наиболее эффективным из современных цитостатических препаратов при лечении ЗЛК [6]. Основная мишень его действия не ДНК, а мембраны клеток [4]. Этим объясняется отсутствие мутагенного и канцерогенного эффектов от применения проспидина [13]. По имеющимся данным, под его влиянием у больных ГВМ I и II стадии, а также больных лимфоцитарной полимфоцитарной ЗЛК явления эритродермии постепенно уменьшаются, а у большей части полностью исчезает отек, инфильтрации и шелушения [8]. У больных ГВМ III степени и лимфобластной ЗЛК опухолевые высыпания либо уменьшаются в размерах, либо регрессируют, оставляя рубцовую атрофию. Перестают пальпироваться увеличенные лимфатические узлы, улучшается общее состояние и самочувствие больных. Полученная ремиссия или улучшения недолговременны, вместе с тем, проспидин оказывает зудоуспокаивающее действие: у 95% больных ГВМ зуд либо резко уменьшается, либо полностью прекращается. Важным свойством этого цитостатика является отсутствие побочных действий, характерных для других химиотерапевтических препаратов; иммуно- и миелодепрессии мутагенных эффектов [18]. Уже на первых этапах использования проспидина обнаружилось, что его эффективность зависит от стадии заболевания и клинико-морфологического варианта ЗЛК [8]. Для повышения эффективности проводятся несколько курсов проспидино-терапии, обычно назначаемых с интервалом 2-3 мес. Длительное использование проспидина ведет к привыканию, в связи с чем его эффективность значительно снижается. В таких случаях общепринятой тактикой лечения является использование его либо в комплексе с другими цитостатиками, либо в комбинации с препаратами группы интерферонов.

Данные литературы позволяют сделать заключение, что применение цитостатиков является ведущим методом ЗЛК. Назначают комбинированную химиотерапию (полихимиотерапию), при которой применяют 2-3 цитостатических препарата различных групп. Наиболее эффективно следующее сочетание: проспидин+винкристин (винбластин) +преднизолон; проспидин+циклофосфан+преднизолон+блеомицин [3, 8].

Генная инженерия предложила несколько молекулярных видов человеческих рекомбинантных альфа-2-интерферонов (ИФ), оказавшихся весьма эффективными при клиническом применении в онкологии. Более того, установлено, что совместное введение ИФ с цитостатиками может усилить его противоопухолевый эффект [16].

Нами проводилось лечение по 3 млн.ед. реферона внутримышечно ежедневно в течение 10 дней (2-3 цикла) в сочетании с проспидином по 100 мг ежедневно, всего - 2,5-3,0 г; индометацин по 25 мг 3 раза в день [16]. Такая терапия была проведена 32 больным ГВМ I, II и III стадии и эритродермической формой, 5 больным лимфоцитарной, 7 больным лимфобластной ЗЛК. Эти, разработанные нами, методики лечения впервые применены на практике дерматологии у больных ЗЛК и защищены авторскими свидетельствами на изобретения: "Способ лечения ГВМ" (N.4452296/28) и "Способ лечения ЗЛК" (N.4490448/30). Улучшение наступило у 97% больных. Наряду с клиническим улучшением отмечалась позитивная динамика биохимических и иммунологических показателей [14].

К несомненным достоинствам электронно-лучевой терапии (ЭЛТ) относится возможность воздействия на опухолевый пролиферат ЭЛТ при более поздних стадиях ЗЛК. Тем не менее, эффективность такой терапии у больных в опухолевой стадии ЗЛК недостаточно высока. Из 30 больных в опухолевой стадии грибовидного микоза, получивших ЭЛТ в дозах 2500-3000 рад. при 3,8 MeV, только у 10 ремиссия продолжалась 6 мес. [7].

Одним из методов, нашедших широкое применение в лечении ГВМ, является ПУВА-терапия, основанная на использовании фотосенсибилизатора псоралена в комбинации с УФ-облучением области А (320-400 нм). Как показали работы многих исследователей, этот метод весьма эффективен у больных с начальными проявлениями грибовидного микоза, однако, в опухолевой стадии заболевания его действенность заметно снижается [19, 26, 35]. По мнению авторов, это связано с небольшой проникающей способностью УФА-излучения, в результате чего в фотохимические реакции вступают молекулы псораленов только в поверхностных слоях кожи (эпидермис и сосочковый слой дермы).

Известно, что в поздних стадиях грибовидного микоза опухолевый пролиферат может распространяться в глубокие слои дермы, вплоть до подкожной жировой клетчатки, куда УФА-лучи не проникают. В подобных случаях, а также при эритродермической форме ГВМ более эффективным оказалось сочетание ПУВА-терапии с проспидином [2].

При лечении ЗЛК за рубежом все шире применяется метод фото-фереза, разработанный R.Edelson. В его основе лежит UV-A-облучение лимфоцитов, выделенных из венозной крови пациентов посредством цитофереза, с одновременным воздействием на них фуорофотоку-марина и с последующим введением облученных лимфоцитов в русло крови. Таким образом, удается воздействовать



непосредственно на измененные лимфоциты. Применение фотофереза больным различными формами ЗЛК дало в ряде случаев хорошие результаты [23, 24].

В последние годы появились сообщения об эффективности ретиноидов (синтетических производных витамина А) при ЗЛК [2, 32]. Ретиноиды (тигазон, роуккутан) назначают из расчета 1 мг на 1 кг массы тела (в среднем, по 50-75 мг/сутки). Общая продолжительность лечения 2-3 мес. и более. При грибовидном микозе (преимущественно I и II стадии) терапевтический эффект (частичная или полная ремиссия) констатирован у 35-40% больных [32]. Однако, эффект этот непродолжительный.

Для устранения интоксикации, нередко развивающейся у больных в эритродермической и опухолевой стадии ЗЛК, целесообразно проводить детоксицирующую терапию (сорбционные методы, капельное введение гемодеза и др.). С целью борьбы с пиодермией, нередко возникающей у больных ЗЛК на фоне полихимиотерапии, целесообразно назначение антибиотиков широкого спектра действия, гипериммунной плазмы, препаратов, усиливающих фагоцитоз [12].

В последнее десятилетие многое сделано для изучения клинических проявлений, гистоморфологических изменений в коже, определения пролиферативной активности, биохимической и иммунологической особенностей миелопластических клеток, лечения и профилактики ЗЛК. Однако, несмотря на заметный прогресс в лечении ЗЛК, высокая частота рецидивов диктует необходимость целенаправленных поисков более эффективных средств лечения этих заболеваний. Представляют интерес дальнейшие исследования роли вирусов в возникновении ЗЛК, роли иммунологических, цитогенетических, иммуногенетических нарушений на разных стадиях развития этих тяжелых заболеваний.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Ашмарин Ю.Я. Изменения кожи при опухолевых заболеваниях кроветворной системы. - Автореф. дисс. ... доктора мед. наук. М., 1969;
2. Ахтямов С.Н. Сравнительное изучение эффективности химио- и ПУВА-терапии в лечении ГВМ. - Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. М., 1988;
3. Веровский В.Н. и др. - В кн.: 6-й Всесоюз. симп. по целенаправленному изысканию физиологически активных веществ. Рига, 1983, с.114;
4. Гипш Н.М. и др. - Хим. фарм. журн., 1977, N9, с.193;
5. Забанова Е.В. Клинико-морфологические особенности злокачественных лимфом кожи. - Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. М., 1986;
6. Каламкарян А.А. Клиника и терапия ретикулезов кожи. М., 1983;
7. Каламкарян А.А. - Вестн. дерматол., 1988, N2, с.4-10;
8. Кутасевич Я.Ф. Особенности патогенеза грибовидного микоза: методы ранней диагностики и рациональной терапии. - Автореф. дисс. ... докт. мед. наук. М., 1989;
9. Персина И.С. и др. - Вестник дерматол. - 1988, N1., с.4-7;
10. Потекает Н.С., Приколоб И.П. Т-клеточные лимфомы кожи. - Метод. рекомендации. М., 1987.
11. Проскурина В.С. Материалы к изучению патогенеза ГВМ. - Автореф. дисс. ... докт. мед. наук. М., 1975;
12. Родионов А.Н. Эритродермические лимфомы кожи - Автореф. дисс. ... докт. мед. наук. М., 1985;
13. Соколова Л.С. и др. - Эксперим. онкология, 1981, N5, с.37-41;
14. Фараджев З.Г. Лимфолиферативные заболевания кожи и саркома Капоши, патогенез и методы терапии. - Автореф. дисс. ... докт. мед. наук. М., 1990;
15. Фараджев З.Г. и др. - Вестн. дерматол., 1990, N9, с.11-14;
16. Фараджев З.Г. Лимфолиферативные заболевания кожи и саркома Капоши. Баку, 1996;
17. Фараджев З.Г. ЗЛК (клиника, патоморфология, дифференциальная диагностика и методы лечения). Баку, 1996;
18. Фелмтис Л.Н., Першин Г.Н. - Фармакол. и токсикол., 1985, N1., с.89-92;
19. Abel E. et al - J. Amer. Acad. Derm. 1981, v.4, p.423-429;
20. Burg G., Braun-Falco O. - Cutaneas Cymphomas Berlin, 1983;
21. Clerici T. et al. - Ann. Derm., 1987, v.114, p.1360-1364;
22. Dick F. et al. - J. Natl. Cancer Inst., 1987, v.78, p.1137-1144;
23. Edelson R. - J. Derm. Surg. Oncol., 1983, v.9, p.641-643;
24. Edelson R. - J. Amer. Acad. Derm., 1980, v.2, p.89-91;
25. Honigsmann H. et al. - Idid., 1984, v.10, p.238-245;
26. Ieve F. et al. - Brit. J. Derm., 1969, v.81, p.469-485;
27. Irezl H., Rauch H. Lymphoproliferative Diseases of the Skin. Ed. M. Goes, E. Christophers. Berlin, 1987., p.179-191;
28. Limura F. et al - Trans Soc. Path. Jap., 1978, v.37, p.179-182;
29. Lennert K. Malignant Lymphomas other than Hodkin's Diseases - Berlin, 1982;
30. Lukes R., Collin R. - Brit. J. Cancer, 1975, v.31, p.1-28;
31. Meijer C. et al. - Ibid., 1980, v.45, p.2864-2871;
32. Molin L. et al - Acta Derm. Venerol., 1987, N2, p.179-182;
33. Murphy H., Mihm M. Lymphoproliferative Disorders of the Skin. Butherworth, 1986;
34. Plotnick H., Abbrecht M. - Arch. Derm., 1985, v.92, p.137-142;
35. Rosenbaum M. et al. - J. Amer. Acad. Derm., 1985, v.86, p.324-325;
36. Rublinger R. et al. - Antibiot. Chemother., 1984, v.32, p.43-47;
37. Van Vloten W. et al. - Abstr. 16-th Int. Congr. Dermatology, Tokyo, 1982, p.37;
38. Vonderheid E. - Int. J. Derm., 1980, v.19, p.182-188;
39. Weinstock M., Horm Z. - J. Amer. Med. Ass., 1988, v.260, p.42-46;
40. Wels G., Whimster J. - Brit. J. Derm., 1979, v.81, p.1-5;
41. Willemze R. et al. Lymphoproliferative Diseases of the Skin. - Berlin, 1982, p.142-149.

#### S u m m a r y

#### MALIGNANT LYMPHOMAS OF SKIN: SOME ASPECTS OF CLINIC, DIAGNOSIS, PATHOGENESIS AND TREATMENT

Z.G. Farajev

The review is devoted discussion of some aspects of etiopathogenesis, diagnosis, clinic properties and therapy of malignant lymphoma of skin.

----- \*



НЕКОТОРЫЕ СОЦИАЛЬНО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ  
ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ В АЗЕРБАЙДЖАНСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ

Д.А.Алиев, Э.И.Ибрагимов, Ф.А.Марданлы  
Национальный центр онкологии, г.Баку

Онкологические заболевания являются 2-й по значимости причиной смертности, вызывая около 20% смертных случаев в Европе. Тенденции в отношении этих болезней, наблюдаемые в странах центральной и восточной Европы и новых независимых государствах, также отличаются от других государств, величина стандартизованного показателя смертности которого составляет более 100 на 100 тыс населения [1]. И хотя в некоторых странах стандартизованные по возрасту показатели смертности от рака среди людей до 65-летнего возраста снизились, смертность от рака все еще продолжает увеличиваться. Что касается факторов риска, связанных с онкологическими заболеваниями, то здесь картина далеко не однозначная. Все еще не решен окончательно и обсуждается вопрос о важности таких факторов окружающей среды, как взаимозависимость между повышением потребления жиров животного происхождения и уровнем рака и, наоборот, большим потреблением волокон и предотвращением рака. Все большую озабоченность, по-прежнему, вызывает проблема чрезмерного воздействия солнечного облучения [3]. Каждая страна должна рассмотреть потенциальные выгоды комплексной политики борьбы против рака, характеризующиеся четко выраженной стратегической направленностью на улучшение профилактической работы и лечения [2].

За период с 1992 по 1996 гг. число больных со злокачественными новообразованиями, состоящих на учете, достигло 29377 человек, что составляет 391,3 случая на 100 тыс населения.

В 1995 г. в Азербайджане ежедневно регистрировалось, в среднем, 17 заболеваний злокачественными новообразованиями, в России - 1130, Белорусии - 83, Казахстане - 78, Узбекистане - 44, Молдове - 20, Кыргызстане - 12, Туркменистане - 7.

Показатель интенсивности среди первичных больных составляет 79,6  $\pm$  9,3 на 100 тыс населения (средние за 5 лет). В сравнении данный показатель составил в России - 185,6, в Белорусии - 194,9, Казахстане - 88,2.

В 1996 г. среди населения Азербайджана число больных с впервые в жизни установленным диагнозом злокачественного новообразования, учтенным онкологическими учреждениями, составило 5498 (из них 2931 мужчина) и, в том числе, 80 в возрасте 0-14 лет (из них 45 мальчиков). Структура онкологической заболеваемости по отдельным нозологиям отражена на таблице.



Таблица. Структура заболеваемости злокачественными новообразованиями населения Азербайджана на 1996 г. (число больных с впервые в жизни установленным диагнозом злокачественного новообразования, учтенным онкологическими учреждениями).

Злокачественные опухоли	Все возрасты		до 15 лет	
	абсол. число	из них мужчин	абсол. число	из них мужчин
желудка	725	495	0	0
трахеи, бронхов, легкого	622	495	0	0
пищевода	331	214	0	0
ходжкинская лимфома	278	182	18	7
печени	265	147	2	1
опухоли кожи (кроме меланомы)	264	184	0	0
прямой кишки	199	108	0	0
гортани	190	163	0	0
неходжкинские лимфомы	150	80	33	20
ободочной кишки	149	79	0	0
костей и суставных хрящей	138	73	9	4
мочевого пузыря	130	112	0	0
почки	125	81	3	3
полости рта и глотки	116	87	0	0
поджелудочной железы	112	57	0	0
полостей носа, среднего уха и придаточных пазух	102	58	5	3
центральной нервной системы	98	65	1	1
острый лимфолейкоз	72	42	7	4
губы	66	56	0	0
щитовидной железы	31	15	0	0
мягких тканей	30	20	0	0
меланома кожи	20	8	0	0
множественная миелома	20	12	2	2

К этой таблице следует добавить и данные об абсолютном числе больных опухолями женских гениталий (молочной железы - 754, шейки матки - 151, тела матки - 131, плаценты - 1 и яичника - 130), а также опухолями мужских половых органов (простаты - 61, яичка - 27 и полового члена - 10).

В структуре заболеваемости мужского населения Азербайджанской Республики первые места занимают рак желудка и трахеи, бронхов, легкого (16,9%), лимфатических и кроветворных тканей (10,7%), другие новообразования кожи (6,3%). У женского населения - рак молочной железы (29,34%), желудка (9,0%), лимфатических и кроветворных органов (7,9%), шейки матки (5,9%). В структуре заболеваемости детей более половины составляют рак лимфатических и кроветворных тканей (75,0%), а далее следуют злокачественные новообразования костей и суставных хрящей (11,2%), носа, среднего уха, придаточных пазух (6,3%), почки (3,7%), печени (2,5%), ЦНС (1,3%).

Медиана возрастного распределения онкологических больных составляет для мужчин - 57 лет, женщин - 54 года, детей - 7,7 лет (средние 5 лет).

Известно, что от своевременного обращения и установления диагноза, во многом, зависит и дальнейшее течение и его исходы. Исходные данные показывают, что только 46,1% от общего количества первичных онкологических больных прошли специальное лечение, когда заболеваемость находилась на I-II стадиях. На III стадии было выявлено 33,8%, а на IV стадии - 20,1% больных. Исходя из усредненных данных за 5 лет (1992-1996 гг.), онкологические больные были выявлены на I-II и III стадии (в скобках), соответственно, при поражении пищевода - 32,1% и 43,1%, желудка - 27,8% и 43,8%, толстой кишки - 34,0% и 41,1%, гортани - 54,2% и 33,2%, трахеи, бронхов, легких - 26,0% и 42,7%, при меланоме кожи - 71,0% и 14,9%, при других новообразованиях кожи - 71,9% и 23,9% и при раке молочной железы - 61,8% и 26,6% случаев.

За те же 5 лет при лечении онкологических больных (у детей - в скобках) применялись: в 33,7% (18,7%) - хирургический метод, в 11,3% (19,1%) - лучевая терапия, в 17,7% (45,0%) - химиотерапия, в 24,4% (2,1%) - комбинированное и комплексное лечение и в 12,4% (14,1%) - лучевая терапия в сочетании с химиотерапией.

Из общего количества первичных онкологических больных специальное лечение прошли 60,3% взрослых, а среди детей - 58,9%.

По сравнению с 1995 г., в 1996 г. процент умерших онкологических больных, у которых первичный диагноз был установлен в течении года, у взрослых увеличился на 40%, у детей, наоборот, снизился на 47,2%. В структуре смертности у лиц обоего пола первые места занимают рак желудка - 18,1%, легкого - 17,7%, пищевода - 7,4%. В среднем, за 5 лет процент умерших онкологических больных (в течении года со дня установления диагноза) составил для взрослых - 22,2%, для детей - 8,9%.

Одним из важных факторов, который следует учитывать при формировании плана организации противораковой борьбы, является количество специалистов по данному профилю. Структура основных специалистов следующая: онкологов - 1,0; радиологов - 0,3; рентгенологов - 3,1 на 100 тыс населения. При этом, процент занятых штатных единиц следующий: онкологии - 77,6%, радиологии - 71,8%, рентгенологии - 68,5%. Продолжает снижаться и нагрузка на койка-дни. Так, если в 1994 году количество койко-дней составляло 202,7 на 100000 населения, то в 1996 году - 125,1.



В последние десятилетия произошли существенные изменения в структуре заболеваемости и смертности населения. Злокачественные новообразования занимают 2-е место после сердечно-сосудистых заболеваний во всех экономически развитых странах. При изучении вопроса заболеваемости, смертности больных, находящихся на учете в онкологических больницах, в процессе динамического наблюдения результаты эпидемиологических исследований являются крайне важными, поскольку диктуют привлечение количество кадров, необходимого для оказания квалифицированной медицинской помощи все возрастающему числу онкологических больных, и численность коек, и, наконец, территориальное расположение лечебных учреждений онкологического профиля.

Еще большее значение эти данные приобретают при прогнозировании тенденций нарастания или снижения заболеваемости злокачественными новообразованиями и смертности от них на тот или иной период. При этом, необходимая численность коек и кадров непосредственно определяют политику здравоохранения.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Здоровье населения в Европе. Европейская сер. Женева, 1996, N.56, с.17;
2. Dobgossy I. Statement on the status of cancer and cancer control in Europe. WHO. Copenhagen, 1990, N.115;
3. Oyen H., Dobgossy I. Cancer experience in the European Region, 1970 through 1985. Gtntva: WHO, 1989.

#### S u m m a r y

#### SOME SOCIAL-EPIDEMIOLOGICAL ASPECTS OF MALIGNANT NEOPLASMS IN THE AZERBAIJAN REPUBLIC

J.A.Aliyev, F.A.Mardanly, E.I.Ibrahimov

In the Azerbaijan Republic for the period 1992-1996 rr. amount of malignant tumors patients included in the registration list riched 29377 or 391,3 among 100000 population. 5498 patients were firstly registered in 1996.

#### К ВОПРОСУ ОНКОЛОГИЧЕСКОЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ ПРИ ИНГАЛЯЦИОННОМ ВОЗДЕЙСТВИИ РАДОНА И ЕГО ДОЧЕРНИХ ПРОДУКТОВ

Д.А.Зарединов

II Ташкентский Государственный медицинский институт, г.Ташкент

Воздействие на человека неблагоприятных факторов различной природы предложено оценивать с помощью единого (одного) показателя - величины здоровья [2]. Он весьма необходим, поскольку только на его основе можно сравнить и точно оценить влияние всего многообразия вредных факторов, действующих изолированно или в различных комбинациях и сочетаниях. Оценка биологической опасности малых доз радиации в условиях возрастающего антропогенного радиационного загрязнения биосферы приобретает не только медицинский аспект, но и большое социальное и экономическое значение. Земная кора содержит радиоактивные элементы, в том числе и уран. Общее и главное свойство - "нестойкость": они распадаются, образуя новые вещества радиоактивные или сопутствующие распаду. Одним из продуктов распада урана является радон - радиоактивный газ без цвета и запаха. Он выделяется с поверхности почвы в количестве, зависящем от происхождения и состава почв. Местами обнаруживается в растворенном виде в воде. Природный радиоактивный газ радон, присутствуя в воздухе, является неизбежным источником радиационного воздействия как в жилищах, так и на рабочих местах. По оценкам НКДАР ООН, население промышленно развитых стран около 80% времени проводит внутри жилых и производственных помещений. Поэтому и облучаются люди в основном, внутри помещений. Газообразный радон ингаляционным путем легко поступает в легкие человека и, тем самым, вносит основной вклад в дозу облучения населения (строго говоря, большая часть облучения обусловлена дочерними продуктами распада радона, а не им самим). В жилых домах радон может быть важнейшим источником облучения низкими дозами ионизирующего излучения, с которым сталкивается человек. В глобальном масштабе облучаются миллионы людей, но их подлинное число не известно, равно как и распределение их индивидуальных доз. Индуцирование рака легких при длительном облучении дочерними продуктами распада служит предметом изучения, поскольку осевшие в организме альфа-активные нуклиды вносят наибольший вклад в эффективную дозу от естественного фонового излучения, и существует связь между экспонированием радоном и раком легких [4].

Оценку медицинских последствий воздействия ионизирующего излучения лучше всего выводить по результатам эпидемиологических исследований человеческой популяции. Установлено, что излучение является одной из причин возникновения рака многих органов и тканей, включая легкие, но количественные закономерности определить сложнее [6]. Важным принципом статистического подхода является то, что события, связанные временем и пространством, не обязательно коррелируют с причиной. На самом деле, случайные ассоциации имеют в проявлениях определенное сходство.

В десятилетие проведено много исследований по установлению связи между возникновением рака легких и облучением радоном в жилищах. Некоторые ученые наблюдали положительную корреляцию, многие другие - ее не обнаружили. Однако, исследования облученных радоном шахтеров доказали, что коэффициент дополнительного относительного риска прямо зависит от времени, прошедшего с момента экспозиции, и возраста. Это следует из данных по шахтерам урановых шахт США, Канады [5] и Богемии [7].

Мы использовали данные бюро медицинской статистики об онкологической заболеваемости в 1992-1994 гг. Анализ материалов показал, что заболевания органов дыхания составляют 11,4% от общей



онкологической заболеваемости в регионе. Замеры о дозовых нагрузках проведены в районе "А", где население подвергается воздействию малых доз ионизирующих излучений (основная группа) и в контрольном районе "Б". Велика и флюктуация уровня радиационного излучения. Дозовая нагрузка в основном районе, как правило, превышает предел дозы облучения для населения. Собранные данные подвергнуты многофакторному линейному регрессионному анализу. Расчеты проведены на ЭВМ 110 CS с помощью пакета прикладных программ. Оценивали достоверность отдельных коэффициентов регрессии по критерию t и общую достоверность уравнения по критерию Фишера (F). Был принят 5%-ный уровень значимости, однако, учитывали как одно-, так и двустороннее влияние. Вычисляли также общий и частный коэффициенты детерминации.

Установлена более высокая онкологическая заболеваемость населения района "А", по сравнению с контролем. Однако, в обоих районах не выявлено достоверных связей между показателями здоровья и факторами внешней среды. Эти исследования были географически скоррелированными. Они включали в себя выборку районов с высокой, низкой или средней концентрацией радона в жилищах. Анализировали частоту возникновения рака. К сожалению, географически скоррелированные исследования трудно интерпретировать, даже качественно, вследствие ряда серьезных, мешающих факторов. Один из них - связь концентрации радона с другими особенностями окружающей среды. Зоны с высокой концентрацией часто расположены в скалистых и холмистых районах, а не в долинах рек и не на осадочных плато, где более вероятно концентрируется население и промышленное производство. Таким образом, может наблюдаться обратная связь между концентрацией радона и индустриализацией. Между тем, показать канцерогенность малых доз ионизирующего излучения на небольшой популяции сложно. Появление злокачественных новообразований в ближайшие сроки после радиационного воздействия маловероятно, тем не менее, следует иметь сведения о частоте раковых заболеваний и в этот период для оценки динамики таких заболеваний. Измерения экспозиционных доз у людей позволили выявить, в какой степени опасность заболеть раком легких возрастает по мере мощности облучения. Облучение от радона имело место во всех случаях. Облучение от него может быть снижено только в тех случаях, когда возможно влияние человека на создаваемую им дозу облучения (принцип контролируемости облучения). Под контролируемостью подразумевается влияние на создаваемую дозу с учетом разумной стоимости защитных мероприятий, что является основополагающим принципом радиационной защиты. Максимально оправданных затрат, необходимых для снижения коллективной дозы на 1 чел. Зв рассчитана МКРЗ [1] и составляет 1000-100000 дол.США.

С экономической точки зрения, очевидна целесообразность выделения двух категорий ситуации облучения - существующих и будущих. Ограничение облучения для будущих ситуаций может быть жестким, поскольку стоимость его реализации существенно ниже. В этом случае защитными мероприятиями могут быть отказ от использования некоторых месторождений стройматериалов или сопоставление стоимости материалов, добываемых на данном и альтернативных месторождениях.

В качестве норматива для материалов, используемых в строительстве жилых и общественных зданий, мы предложили и внедрили в практику значение С эфф < 370 Бк/кг [3].

Важное значение имеет изучение источников поступления радона в воздух жилых помещений, учитывающее региональные особенности геологической структуры территории населенных пунктов, конструкции зданий и используемых строительных материалов в каждом конкретном случае.

В заключение нужно сказать:

- реальное число случаев рака легких в больших группах населения только частично обусловлено воздействием радона и дочерних продуктов распада. Этиологическая причина формирования рака легких и объективный характер зависимости "доза-эффект" таким путем не могут быть установлены;
- рак легкого и другие соматико-стохастические эффекты в диапазоне доз, свойственных для обычных условий облучения, мало зависят от мощности дозы, а определяются, прежде всего, суммарной кумулятивной дозой;
- неравномерное облучение более канцерогенно, чем равномерное в одинаковой дозе;
- обеспечение радиационной безопасности, снижение уровня облучения населения от радона и продуктов его распада уже начали поэтапно внедряться;
- необходимость исследований в данном направлении не вызывает сомнений и уже сегодня практическому здравоохранению требуется четкая система диспансеризации, позволяющая своевременно выявлять лиц с легочной патологией и проводить им полноценные лечебные, профилактические и реабилитационные мероприятия.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Защита от радона-222 в жилых зданиях и на рабочих местах. Публикация 65 МКРЗ. М.: Энергоатомиздат, 1995, 68 с.;
2. Рамзаев П.В. и др. - Сб. научн. трудов Лен. НИИ радиац. гигиены. Л., 1980, с.38-40;
3. РСН 30-94. Инструкция о радиационном контроле за выпускаемыми на предприятиях строительного комплекса Республики Узбекистан строительными материалами, конструкциями и строительной продукцией. Такент, 1994;
4. IARC-WHO (1988). IARC, Lyon, v.43, p.1243, 6;
5. NRC (1988). US Nat.Res.Coun.Rep. BEIR IV, Nat.Acad. Press, Washington;
6. Samet J. -J.Nat.Cancer Inst. 1989, v.81, p. 745-757;
7. Seve J. et al. - Health Phys., 1993, v.64, p.355-369.

#### S u m m a r y

#### CONCERNING ONCOLOGICAL MORBIDITY OF RESPIRATORY WAYS IN



In the paper that ionizing irradiation can cause the increasing morbidity of respiratory organs malignant tumors.

----- \* -----  
**ПРИМЕНЕНИЕ ТАКСОЛА ПРИ ЛЕЧЕНИИ МЕТАСТАЗИРУЮЩЕГО РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ**

Д.А.Алиев, Р.С.Зейналов, С.Р.Гиясбейли, Н.Р.Дадашева, И.К.Казымов  
 Национальный центр онкологии, г.Баку

Создание и внедрение в практику новых эффективных противоопухолевых препаратов необходимо считать одним из наиболее важных направлений в развитии клинической онкологии. В свете этого появление каждого нового перспективного цитостатика должно привлекать пристальное внимание онкологов.

Одним из таких препаратов является "таксол" (производство Bristol-Myers Squibb Co.), который в настоящее время проходит клинические испытания во многих странах мира.

Таксол (паклитаксел) представляет собой дитерпен, выделенный из коры западного тихоокеанского тисса *Taxus brevifolia*. Механизм его действия уникален и связан с воздействием на микротрубочки-внутриклеточные структуры, необходимые для клеточного деления и ряда других клеточных функций.

Исследования, проведенные в рамках II и III фазы клинических испытаний, показали достаточно высокую эффективность таксола при метастазирующем раке молочной железы (РМЖ) и ряде других локализаций [2, 3]. Однако, результаты этих исследований не позволяют в полной мере ответить на целый ряд важных вопросов. Во-первых, не определено место таксола в лечении метастазирующего РМЖ (использование его в качестве препарата 1 или 2 очереди). Практически, не изучена эффективность комбинации таксола с другими цитостатиками и другие.

В связи с изложенным целью настоящего исследования являлась сравнительная оценка эффективности монотерапии таксолом и его комбинации с доксорубицином и цисплатином с эффективностью стандартной схемы химиотерапии (ХТ) CAP при лечении метастазирующего РМЖ. Кроме того, предполагалось определить эффективность таксола при лечении резистентных к стандартным схемам ХТ форм метастазирующего РМЖ.

**МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ.** Рандомизированное клиническое исследование, в которое вошли 60 больных метастазирующим РМЖ, было начато в сентябре 1995 г. и завершено в апреле 1996 г.

В исследование включались только больные с метастазами в легкие, кости и сочетанным поражением легких и костей. Практически, у всех больных наряду с органными метастазами имелось метастатическое поражение периферических лимфоузлов. Из-за ограниченного количества таксола, имевшегося для проведения исследования, больные с метастазами в другие органы в протокол не включались.

Возраст больных колебался от 30 до 65 лет. Их субъективный статус, оцениваемый по классификации ВОЗ, был  $\leq 3$ . Все больные до начала лечения имели нормальные показатели периферической крови, функции печени, почек и сердечно-сосудистой системы.

В зависимости от использованных схем ХТ все больные распределены на 4 группы.

I группа (15 больных) - ТАКСОЛ: 175 мг/кв.м., 3-х часовая инфузия в 1-й день (интервал между курсами - 3 недели). II группа (13 больных) - ТАКСОЛ: 135 мг/кв.м., 3-х часовая инфузия в 1-й день (интервал между курсами - 3 недели) + ДОКСОРУБИЦИН: 70 мг/кв.м. во 2-й день + ЦИСПЛАТИН: 100 135 мг/кв.м. во 2-й день (интервал между курсами - 4 недели). III группа (21 больных) - ЦИКЛОФОСФАН: 800 мг/кв.м. в 1-й день + ДОКСОРУБИЦИН: 70 мг/кв.м. в 1-й день + ЦИСПЛАТИН: 100 135 мг/кв.м. в 1-й день (интервал между курсами - 4 недели). IV группа (11 больных) - ТАКСОЛ: 175 мг/кв.м., 3-х часовая инфузия в 1-й день (интервал между курсами - 3 недели).

Первые 3 группы составили больные, которым до включения в исследование специальное лечение по поводу метастазирующего РМЖ не проводилось.

Больные 4-й группы до включения в исследование получили 2-3 курса ХТ схемами FAC, CAMF или CAP. Однако, они оказались резистентными к этим стандартным схемам ХТ и у них на фоне проводимой цитостатической терапии отмечалось прогрессирование процесса.

Перед введением таксол разводился в 0,9% растворе хлористого натрия или 5% растворе глюкозы до концентрации 0,3-1,2 мг/мл. Разведение таксола проводилось исключительно в стеклянных флаконах. Для введения таксола использовались специальные системы, снабженные мембранным фильтром с размерами пор не более 0,22 мкм.

В целях профилактики тяжелых реакций гиперчувствительности больным перед введением таксола проводилась специальная премедикация, включающая введение кортикостероидов и антагонистов H1- и H2-рецепторов (димедрол, циметидин).

Контроль показателей периферической крови проводился на 7, 14 и 21 сутки. Показатели функции почек, печени и сердечно-сосудистой системы исследовались не реже одного раза в 2 недели.

Оценка эффективности исследуемых схем ХТ проводилась по критериям объективного эффекта (ОЭ), определяемого как сумма полных и частичных ремиссий, и токсическим проявлениям в соответствии с рекомендациями ВОЗ [1]. Из-за небольших сроков наблюдения продолжительность ремиссии у больных с объективным эффектом не исследовалась.



**РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ.** Наиболее частым токсическим проявлением (ТП), наблюдавшимся при использовании таксола, являлась нейтропения, которая в подавляющем большинстве случаев носила невыраженный характер (1-2 степень токсичности). У 7 больных II и IV групп наблюдались выраженная нейтропения (< 1000 клеток/мкл). У 2 больных с выраженной нейтропенией имелись эпизоды инфекции (пневмония).

Анемия и тромбоцитопения наблюдались реже и носили умеренный характер. Выраженных реакций гиперчувствительности мы не наблюдали ни в одном случае. Имевшиеся случаи реакций гиперчувствительности проявлялись в виде приливов, кожной сыпи.

Более чем в половине случаев отмечались миалгии и/или артралгии разной степени выраженности. Следует отметить, что назначение индометацина достаточно быстро купировало эти симптомы.

Все остальные виды ТП, наблюдавшиеся при использовании таксола, приведенные на таблице, по частоте и степени выраженности мало отличались от стандартных схем ХТ.

Таблица. Токсические проявления терапии таксолом и схемы САР

Группы и число	ТЛ	ТЛ+ДР+ЦП	ЦФ+ДР+ЦП	ТЛ-2
Анемия	56,7	61,5	59,5	63,6
Нейтропения	86,7	92,3	90,5	100,0
Тромбоцитопения	16,7	23,1	26,2	31,8
Инфекции	-	3,8	-	4,5
Гиперчувствительность	13,3	7,7	-	18,2
Миалгии/артралгии	56,7	46,2	-	59,1
Гипербилирубинемия	3,3	7,7	4,8	9,1
Гиперферментемия	6,7	7,7	7,1	13,6
Тошнота, рвота	46,7	84,6	92,9	54,5
Диарея	13,3	15,4	11,9	18,2
Гиперкреатинемия	-	3,8	2,4	-
Протеинурия	-	3,8	2,4	-
Изменение АД	23,3	19,2	-	22,7
Периферические нейропатии	63,3	69,2	21,4	68,2
Алопеции	93,3	100,0	95,2	90,9

Условные обозначения: ТЛ-таксол, ДР- доксорубинцин, ЦП -цис-  
платин; ЦФ - циклофосфан; ТЛ-2 - таксол после другой ХТ;

Ниже приведены данные об эффективности использованных схем ХТ в 4-х исследуемых группах больных (условные обозначения схем соответствуют таковым на таблице).

Схема ТЛ (n=15): ОЗ - 53,3%, прогрессирование - 20,0%. Схема ТЛ+ДР+ЦП (n=13): ОЗ - 84,6%, прогрессирование - 7,7%. Схема ЦФ+ДР+ЦП (n=21): ОЗ - 66,7%, прогрессирование - 19,0%. Схема ТЛ-2 (n=11): ОЗ - 54,5%, прогрессирование - 27,3%.

Сравнение полученных результатов показало, что монотерапия таксолом в дозе 175 мг/м<sup>2</sup> в виде 3 часовой инфузии (I гр.) по эффективности несколько уступает схеме САР в использованном нами режиме (II гр.). В то же время комбинация таксола даже в меньшей дозе (135 мг/м<sup>2</sup>) с доксорубицином и цисплатином (III гр.) значительно превосходит результаты лечения схемой САР.

Необходимо особо подчеркнуть достаточно высокую эффективность монотерапии таксолом у больных метастазирующим РМЖ, резистентных к стандартным схемам ХТ (IV гр.). Частота объективных эффектов в этой группе больных составила 54,5%.

Приведенные данные позволяют прийти к следующему заключению. Таксол, как в виде монотерапии, так и в комбинации с доксорубицином и цисплатином, безусловно, эффективен при лечении метастазирующего РМЖ.

Целесообразность и необходимость его применения у больных метастазирующим РМЖ, резистентных к стандартным схемам ХТ, не вызывает сомнений. У данной категории больных его эффективность составляет более 50%.

В то же время для решения вопроса об использовании таксола в качестве препарата первой или второй очереди в терапии ранее нелеченных больных метастазирующим РМЖ наших данных недостаточно. Для решения этого вопроса необходимы дальнейшие клинические исследования по таксолу.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Противоопухолевая химиотерапия. Под ред. Н.И. Переводчиковой. М., 1996; 2. Holmes F. et al. - Proc. Amer. Soc. Clin. Oncol., 1993, v.12, p.178; 3. Seidman A. et al. - Ibid., p.53.

#### S u m m a r y

#### TAXOL APPLICATION IN THE METASTATIC BREAST CANCER

J.A.Aliyev, R.S.Zeinalov, S.R.Giyasbeili, N.R.Dadasheva,  
I.K.Kazymov



Thus, the data in the present article conclude that Taxol both in monotherapy and in combination with Doxorubicin and Cisplatinum effective in treatment metastatic breast cancer. Without doubt expediency and necessity of its application in these patients, resistant to the standart sheme of chemotherapy.

#### К ВОПРОСУ ЦИТОМОРФОЛОГИИ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

В.А.Али-заде, Т.М.Велиева, Э.Р.Гусейнова  
Национальный центр онкологии, г.Баку.

Клиническое течение рака молочной железы (РМЖ) варьирует от агрессивного с быстрым ростом, ранним и обширным метастазированием до относительно "доброкачественного". Практически, важно прогнозировать агрессивность процесса уже при первичном диагнозе, особенно для планирования адекватного лечения [7].

Проблема РМЖ стоит в Центре современной онкологии, что связано с неуклонным ростом заболеваемости и поиском новых путей лечения, в частности, широким внедрением в практику экономных оперативных вмешательств. Большинство исследователей считает, что возникновение рака связано с так называемой терминально протоко-доликовой единицей [3].

В настоящее время обсуждаются две точки зрения о развитии рака. Согласно первой, доброкачественные пролифераты и рак развиваются независимо один от другого. Подтверждением этого положения является выявление РМЖ без предшествующих фоновых изменений, нередко, на фоне атрофии паренхимы органа. По другой версии, формирование рака происходит в несколько этапов, где дисплазия эпителия долек и протоков и неинвазивный рак рассматриваются лишь в качестве ступени неопластической трансформации эпителия. По мнению сторонников таких взглядов, на фоне доброкачественной пролиферации эпителия риск развития рака увеличивается в 2-3 раза [7].

При диагностике РМЖ большое значение имеет патологоанатомическое исследование, особенно относящееся к ранним его стадиям. Наряду с получившим признание гистологическим исследованием удаленного препарата в последние 30-35 лет с большим успехом пользуется цитологический метод исследования, изучают выделение из соска и пунктата пальпируемых образований и выявленных при маммографии и термографии непальпируемых образований.

Разработка и совершенствование методов лечения и установление факторов, определяющих прогноз болезни, требуют не только морфологического установления диагноза РМЖ, но и раскрытия некоторых биологических свойств опухоли, в частности, определения степени ее катаплазии до начала лечения. Именно цитологический метод исследования позволяет клиницистам иметь информацию о морфологических свойствах опухоли на первичных этапах обследования больных [2, 6].

Клиническая цитология, которая использует достижения теоретической цитологии, а также нормальной и патологической гистологии, имеет своей целью диагностику клеток патологических процессов и, прежде всего, новообразований. Накопившийся к настоящему времени опыт свидетельствует, что современный уровень развития цитологического метода таков, что с его помощью можно осуществлять достоверную морфологическую диагностику как злокачественных, так и предопухолевых процессов молочной железы [1].

Цитологический метод диагностики злокачественных новообразований в последнее десятилетие получил полное признание и широкое распространение. Этому способствует его высокая достоверность, возможность быстро получить сведения о характере заболевания, а также простые приемлемые для клиники пути и способы получения материала для исследования. Постоянное развитие и совершенствование метода значительно расширили пределы и возможности его использования: если совсем недавно перед цитологическим исследованием стояла узкая, конкретная задача - выявить среди многообразия клеточных форм элементы злокачественного роста и, тем самым, способствовать диагнозу злокачественного новообразования, то в настоящее время применительно к некоторым опухолям метод способен не только уточнить гистологическую форму, но и определить морфогенетическую сущность процесса, ставится вопрос об использовании морфологической классификации опухолей [5].

Как бы резюмируя результаты исследований многочисленных авторов, А.С.Петрова [4] пишет, что диагностическое цитологическое исследование сходно с гистологическим исследованием биопсийного материала общей целью (прижизненное распознавание патологического процесса), объектом исследования, принципами окраски. Однако, в отличие от гистологического метода, для цитологического исследования необходимо значительно меньшее количество материала, из которого можно быстро, в течении нескольких минут приготовить цитологический препарат (мазок, отпечаток), как правило, без длительной предварительной обработки. Вместе с тем, подвергаемый цитологическому анализу материал характеризуется ограниченностью объема: при приготовлении мазка нарушаются пространственные взаимоотношения компонентов ткани, сохраняющиеся в среде, лишь изредко в цитологическом препарате обнаруживаются небольшие фрагменты ткани. Перечисленное обуславливает как достоинства цитологического исследования: доступность, малую травматичность или полное ее отсутствие при получении материала, быстроту, простоту, так и его ограничения - меньшую, чем при гистологическом исследовании, диагностическую информативность взаимоотношений патологически измененных и нормальных тканей.

Цитологическое исследование предпочтительнее в случае детального изучения особенностей структур клеток, при необходимости получения быстрого результата, например, при обследовании больной в условиях поликлиники, при массовых профилактических осмотрах



женщин и т.п.

Этот метод дает возможность оценить характер и степень выраженности пролиферации эпителия протоков, выделить групподисплазии, что помогает более обоснованно формировать так называемые группы повышенного риска. Динамическое цитологическое наблюдение у женщин этой группы за характером клеточных и тканевых изменений фактически невозможно с помощью других морфологических методов. С помощью цитологического метода исследования возможна диагностика рака и других опухолей молочной железы независимо от стадии процесса, в большинстве случаев позволяющая верифицировать и гистологическую форму опухоли.

Получение материала для цитологического исследования при помощи различных пункций является весьма сложным и, в известной мере, травматичным. При пункции глубоко расположенных и, особенно, маленьких размеров новообразований молочной железы, не всегда удается попасть иглой точно в зону патологического очага. В отношении пункционных и аспирационных биопсий иногда высказываются малообоснованные предположения о возможной при этом диссеминации опухоли. Подобные опасения существуют и по отношению к обычным открытым биопсиям, однако, общепризнанным является положение, согласно которому имеющийся минимальный риск перекрывается огромной пользой для больной точной морфологической диагностики заболевания.

Проведение пункции новообразования молочной железы требует специальной подготовки и опыта. Большое значение имеет выбор места производимого прокола, от чего зависит количество получаемого материала и его качество, и, тем самым, результат цитологического исследования.

По литературным данным последних лет, убедительно показано, что исследуя полученные, тем или иным путем, у больных с новообразованиями мазки и отпечатки, можно не только установить наличие опухолевых клеток, но и получить представление о тканевой принадлежности и даже о гистологической структуре опухоли.

Более легкое получение материала делает цитологическое исследование методом выбора при необходимости повторного морфологического контроля за результатами лечения. При этом, устанавливая наличие и степень повреждения опухолевых клеток вследствие проведенной лучевой и (или) химиотерапии.

В последнее время цитологическое исследование широко применяется во время операции для срочного решения диагностических задач и объема хирургического вмешательства.

Основой для определения характера патологического процесса по цитологическому препарату являются морфологические особенности клеток, количественные взаимоотношения отдельных клеточных элементов в препарате, наличие сопутствующих структур и образований.

При этом, следует обращать внимание на размеры клеток, строение ядер, хроматина и ядрышек в них, цитоплазмы, на ядерно-цитоплазматическое соотношение, на наличие, количество, характер митозов и т.д.

Однако, при исследовании цитологического материала необходимо учесть, что ни одна из морфологических особенностей, присущих клетке злокачественного процесса, не является специфической только для опухоли. Они в отдельности могут наблюдаться и в клетках неопухолевого процесса. Поэтому только совокупность морфологических признаков может позволить характеризовать клетки как злокачественные.

Таким образом, РМЖ является самым "грозным" заболеванием женского населения. Многочисленные клиничко-морфологические и экспериментальные исследования показывают, что РМЖ возникает не сразу. Ему предшествуют длительные пролиферативные изменения эпителия и протоков, совершающиеся под влиянием гормональных сдвигов. Поэтому, в свете современных взглядов, развитие рака этого органа рассматривается как цепь последовательных пролиферативных изменений, начинающихся с дистормональных гиперплазий, которые подразделяются на диффузные - фиброаденоматоз и ограниченные - фиброаденомы, и по праву считаются предраковыми состояниями.

Своевременное выявление и адекватное лечение указанных патологических изменений позволили бы избежать раковых процессов. В этом аспекте цитологическое исследование как метод морфологической диагностики является весьма ценным в раннем распознавании

РМЖ, дифференциальном распознавании дистормонально-гиперпластических (дисплазий), новообразовательных и воспалительных процессов. Повторные цитологические исследования могут быть успешно использованы при динамическом наблюдении за течением заболевания и оценке эффективности лечения.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Агамова К.А.. Цитопатология рака и некоторых поражений молочной железы. - Автореф.дисс.... докт. мед. наук, М., 1970;
2. Василевская В.О. и др. - В кн.: Юбил.сборн.научн.работ онкологического диспансера, С.-Пб., 1995, с.146-150;
3. Даниленко В.И. -Морфология, 1996, т.2, с.47;
4. Петрова А.С.. - В кн. Патолого-анатомическая диагностика опухолей человека. Под редакцией Н.А.Краевского и др. М.: Медицина, 1993, т.1, с.158-194;
5. Семиглазов В.Ф. - Вопр. онкологии, 1985, т.4, с.92-96;
6. Сидорова П.А.. Цитологический метод в установлении степени катаплазии РМЖ. - Автореф. дисс.... канд. мед. наук, М., 1981;
7. Соколовская Н.П. - Клинич.лаборат.диагностика, 1997, т.5, с.299-309.

#### Summary

#### CONCERNING THE PROBLEM OF BREAST CANCER CYTOMORPHOLOGY

V.A.Ali-zade, T.M.Velievaya, E.R.Guseinova



Cytologic investigation as the method of morphologic diagnostic is the very value in early identification breast cancer, differential identification displasia and inflammatory processes. Repeated cytologic investigation may be successful use in dynamic examination for disease and estimation treatment efficiency.

\*  
-----

**НЕПОСРЕДСТВЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ХИМИОТЕРАПИИ НЕХОДЖКИНСКИХ ЛИМФОМ ПО  
ПРОГРАММАМ, ВКЛЮЧАЮЩИМ ЦИСПЛАТИН**

В.С.Ватанха  
Национальный центр онкологии, г.Баку

Благодаря появлению в арсенале химиотерапии антрациклиновых, биотехнологических и ряда других препаратов, а также широкому и рациональному использованию комбинаций цитостатических препаратов различных классов в различных сочетаниях и режимах, за последние 10 лет удалось заметно улучшить результаты лечения больных неходжкинскими лимфомами (НХЛ) и, в частности, увеличить частоту регистрации терапевтического эффекта и длительности ремиссий, возрастание продолжительности жизни таких пациентов, а также повысить качество их жизни [5].

Вместе с тем, согласно мнению ряда авторитетных исследователей, возможности современной противоопухолевой полихимиотерапии (ПХТ) больных НХЛ все еще не исчерпаны, а наиболее перспективным путем поиска возможностей повышения ее эффективности наряду с внедрением новых химиопрепаратов признается изыскание новых режимов и программ ПХТ, включающих уже известные цитостатические, гормональные и иммуномодулирующие препараты.

В этой связи интерес представляет тот факт, что судя по данным литературы, мировой опыт использования для лечения больных злокачественными лимфомами и, в том числе НХЛ, препаратов платины ограничен [2, 4, 6, 7], хотя при ряде других онкологических заболеваний их применение регулярно обеспечивает получение весьма обнадеживающих результатов [3]. Имевшийся у нас небольшой опыт использования препаратов платины также показал возможность их применения в терапии больных НХЛ [1].

Именно эти обстоятельства побудили нас провести целенаправленное исследование, посвященное оценке возможностей использования для лечения больных НХЛ программ ПХТ, включающих производные платины. Данное сообщение подводит итоги одному из этапов упомянутого исследования.

**МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ.** Под наблюдением находилось 110 больных НХЛ с III клинической стадией, лечившихся в отделении гематологии Национального центра онкологии. Диагноз у всех больных был выставлен на основании клинико-лабораторного исследования и верифицирован морфологически (гистологически и цитологически). Из них 72 пациента обратились за помощью впервые и ранее не получали какого-либо лечения по поводу НХЛ, а 38 больных ранее получали полихимиотерапию (ПХТ) по различным программам, которая, однако, оказалась недостаточно эффективной.

Из числа первичных больных были сформированы 2 группы: группа А - численностью 35 и группа В - численностью 37 человек. По распределению различных гистологических форм НХЛ эти две группы были сопоставимы. 38 пациентов, ранее получавших лечение без эффекта, были выделены в отдельную группу С.

Больные группы А получили по 6 курсов лечения по программе COP+Pt (циклофосфан+винкристин+натулан+цисплатин), а больные групп В и С - по 6 курсов ПХТ по программе ACOP+Pt (доксорубин+циклофосфан+винкристин+натулан+цисплатин). Указанные программы реализовывались следующим образом.

Программа COP-Pt: ЦИКЛОФОСФАН (400 мг/кв.м., внутривенно) в 1-5 дни; ВИНКРИСТИН (1,4 мг/кв.м., внутривенно) в 1-й день, ПРЕДНИЗОЛОН (60 мг, внутрь) в 1-5 дни и ЦИСПЛАТИН (100 мг/кв.м., внутривенно) в 1-й день. Интервал между циклами - 21-28 дней.

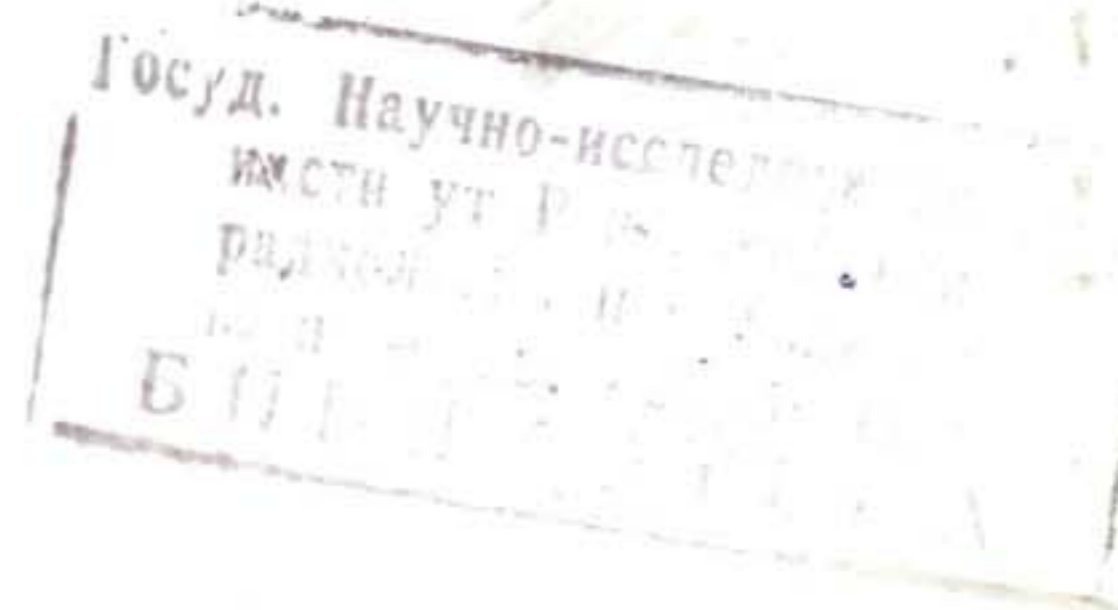
Программа ACOP-Pt: ДОКСОРУБИЦИН (50 мг/кв.м., внутривенно), 1-й день, ЦИКЛОФОСФАН (750 мг/кв.м., внутривенно) в 1-й день; ВИНКРИСТИН (1,4 мг/кв.м., внутривенно) в 1-й день, ПРЕДНИЗОЛОН - (60 мг, внутрь) в 1-5 дни и ЦИСПЛАТИН (100 мг/кв.м., внутривенно) во 2-й день. Интервал между циклами - 21-28 дней. Программы COP и ACOP реализовывались по известной методике [3].

Соотношение числа морфологических вариантов НХЛ (лимфоцитарный, лимфоплазмочитарный, пролимфоцитарный, лимфобластный и иммунобластный) в клинических и соответствующих контрольных группах было, примерно, одинаковым. Это позволило провести сопоставление полученных результатов.

Для сопоставления эффективности программ ПХТ, включающих цисплатин, были использованы 3 контрольные группы больных НХЛ III клинической стадии: контроль группы А (35 больных, получавших ПХТ по стандартной программе COP), контроль группы В (40 больных, получавших лечение по стандартной схеме ACOP) и контроль группы С

(39 больных, получавших ПХТ по иным программам - COP, COPVer, ACOP, ACOPVer). Указанные контрольные группы были сформированы из числа больных НХЛ, находившихся в отделении гематологии НЦО в период с 1991 по 1995 гг.

Непосредственные результаты лечения оценивались путем определения частоты регистрации полных и частичных ремиссий (ПР и ЧР), стабилизации процесса (СП) или его прогрессирования (П), несмотря на проведенное лечение. Объективный терапевтический эффект выражали как сумму ПР и ЧР.





**РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ.** Не касаясь вопроса о токсических проявлениях ПХТ по программам, включающим цисплатин, требующего специального обсуждения, в данном сообщении мы кратко охарактеризуем полученные результаты.

При лечении первичных больных НХЛ по программе COP-Rt было отмечено: ПР - 31,4%, ЧР - 45,7%, СП - 17,1% и П - 5,8%. В контрольной группе первичных больных, лечившихся по программе COP, оказалось: ПР - 25,0%, ЧР - 38,8%, СП - 22,2% и П - 13,9%.

При использовании программы ACOP-Rt для лечения первичных больных результаты оказались следующими: ПР - 35,1%, ЧР - 54,1%, СП - 8,1% и П - 2,7%. В соответствующей контрольной группе больных, лечившихся по программе ACOP, эти результаты были иными, а именно: ПР - 30,0%, ЧР - 47,5%, СП - 15,0% и П - 7,5%.

При лечении первичных больных НХЛ, ранее уже получавших ПХТ по программе ACOP-Rt, было зарегистрировано: ПР - 18,4%, ЧР - 36,8%, СП - 31,6% и П - 13,2%. В контрольной группе больных, получивших повторное лечение по другим программам, были получены нижеследующие показатели: ПР - 10,3%, ЧР - 20,5%, СП - 38,5% и П - 33,3%.

Проанализировав эти данные и сопоставив их между собой, мы установили, что при использовании программы COP-Rt для лечения больных НХЛ объективный терапевтический эффект (сумма ПР и ЧР) был отмечен в 77,1+6,7% случаев, в то время как в соответствующей контрольной группе больных, получавших лечение по программе COP, этот показатель составлял 63,9+8,0% ( $t=1,27$ ;  $p > 0,05$ ).

Лечение первичных больных НХЛ по программе ACOP-Rt обеспечило объективный эффект в 89,2+5,0% случаев, тогда как в соответствующей контрольной группе больных, лечившихся по программе ACOP, этот показатель составлял 77,5+6,6% ( $t=1,43$ ;  $p > 0,05$ ).

В случае, когда препарат платины включался в программу для лечения больных НХЛ, ранее без ощутимого результата получавших лечение по одной из стандартных программ ПХТ, частота регистрации объективного эффекта составила 55,3+8,1%. Между тем, усредненный показатель эффекта в контрольной группе был равен лишь 30,8+7,4% ( $t=2,22$ ;  $p < 0,05$ ).

Оценивая вышеизложенное, в целом, можно прийти к следующим выводам. Во-первых, программы ПХТ, включающие препарат платины, при использовании для лечения первичных больных НХЛ по терапевтической эффективности не уступают стандартным программам ПХТ, обычно, используемых для лечения больных НХЛ. Однако, учитывая более трудоемкий процесс введения, высокую эметогенную активность и частое нефротоксическое действие препаратов платины при лечении первичных больных НХЛ, стандартные программы представляются предпочтительными. Во-вторых, программы ПХТ, включающие препарат платины при использовании для лечения больных НХЛ, ранее без существенного эффекта получивших лечение по другим программам, заметно превосходили по эффективности стандартную программу ПХТ, не включающую препарат платины. Это позволило полагать, что программа ПХТ, включающая препарат платины, может быть рекомендована для использования в качестве программы второй линии консервативного лечения больных НХЛ.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Фараджев О.Ф. и др. - В кн.: Тезисы научно-практ. конф., посвящен. 100-летию открытия рентгеновских лучей. Баку, 1995, с.15-16;
2. Червонобаб Ю.В. - В кн.: Мат-лы Европейской школы онкологии. М., 1994, с.2-17;
3. Противоопухолевая химиотерапия. Под ред. Н.И. Переводчиковой. М., 1996, с.129-142;
4. Hellmann K. (ed.) Paraplatin (carboplatin): new advances in cancer therapy: Update on clinical experience.- Cancer Treat. Rev. (London), 1988, v.15S, 44 p;
5. Pangalis G. (ed) Malignant lymphomas: biology and treatment. Berlin: Springer-Verlag, 1995;
6. Rodriguez-Monge E. et al., - Hematol.Oncol.Clin. North. Amer., 1997, v.11, p.937-947;
7. Ve-lasquez W. et al.- Blood, 1988, v.71, p.117-122.

#### Summary

#### IMMEDIATE RESULTS OF NON-HODGKIN'S LYMPHOMA CHEMOTHERAPY WITH PROGRAMME INCLUDED CISPLATIN

V.S.Vatankhah

Programmes of polychemotherapy (PCT) including cisplatinum equally to standart regimen in treatment primary Non-Hodgkin's lymphoma. But in patients previously treated with standart schemes of PCT without any effect regimen of PCT including cisplatinum was better.

Thus, PCT with cisplatinum may be reccomend as the second line therapy for conservative treatment Non-Hodgkin's lymphoma.

#### ЛУЧЕВАЯ ТЕРАПИЯ БОЛЬНЫХ РАКОМ ГОРТАНИ

И.Г.Исаев, Ш.М.Бейбутов, Н.Г.Кулиева, С.Н.Гусейнов, Э.Р.Гусейнова  
Национальный центр онкологии, г.Баку

В последние годы в Азербайджане отмечается тенденция к увеличению заболеваемости раком гортани (РГ). Так, по данным 1990 г., заболеваемость РГ составляла 5,2 на 100 тыс. населения, тогда как в 1985 г. этот показатель равнялся 3,1 [1, 2]. Эта же тенденция прослеживается и в материалах отделения лучевой терапии, где по количеству больных, получавших лучевое лечение за



последние 3 года, РГ занимает 4-е место. В странах СНГ заболеваемость с 2,8 в 1970 г. повысилась до 3,9 в 1980 г., а смертность на 100 тыс. населения в 1981 г. составила 2,7, что говорит о ее росте [7].

Цель работы - путем анализа результатов лучевого лечения больных раком гортани выявить возможности их улучшения.

**МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ.** Проанализированы результаты лечения 320 больных РГ, из них 230 мужчин и 90 женщин. Возраст старше 50 лет отмечался у 82% больных. Все больные были обследованы клинико-рентгенологически, ультразвуковым методом и др. - по показаниям. В том числе, 24,8% больных произведена компьютерная томография, 84,2% - непрямая ларингоскопия, а 96,8% - фиброларингоскопия с биопсией опухоли и цитогистологическим исследованием биоптата. Следует отметить, что последние диагностические исследования в процессе лучевого лечения периодически повторялись - с целью контроля регрессии опухоли и местных лучевых реакций. Цитогистологическая верификация диагноза получена в 100% случаев, при этом, у 97% - отмечался плоскоклеточный рак. У 27,3% больных к моменту поступления установлена I-II стадии заболевания (T1-2N0M0), у 71,7% - III-IV стадии (T1-4N0M0).

Опухоль локализовалась в надскладочном отделе у 58,2% больных, в складочном - 35,4%, в подскладочном - 6,4%.

На основании полученных данных оценивались показания и противопоказания к лучевой терапии. Как известно, лучевой метод в самостоятельном виде или же в качестве компонента комбинированного и комплексного лечения применяется, практически, ко всем курабельным больным с этой патологией, так как при определенных локализациях и наличии I-II стадии заболевания является альтернативой хирургическому, а при III-IV стадии - необходимым компонентом комбинированного и комплексного лечения [4].

При наличии I-II стадии рака надскладочного и складочного отделов предпочтение отдавалось лучевому методу как функционально более щадящему. Использование лучевой терапии при ограниченных поражениях позволяет, практически, у всех больных сохранить дыхательную, голосообразующую, разделительную функцию гортани, то есть обеспечивает полноценную реабилитацию больного [5, 6, 10].

При раке III и IV стадий, как правило, планировался комбинированный метод с предоперационной лучевой терапией, за исключением случаев кровотечения из опухоли, выраженного стеноза гортани и др. В случае наличия подобных противопоказаний к лучевой терапии комбинированный метод начинали с оперативного вмешательства.

Независимо от первоначального плана лечения, всем больным по достижении суммарной очаговой дозы 40 Гр. проводился контроль с анализом клинических, эндоскопических и цитогистологических данных. При этом, оценивалась степень регрессии и выраженность лучевого патоморфоза опухоли. При наличии регрессии опухоли менее, чем на 50%, и слабо выраженном лучевом патоморфозе процесс расценивался как радиорезистентный, лучевая терапия, как правило, не продолжалась, больной направлялся на хирургическое лечение.

При наличии достаточно высокой радиочувствительности опухоли лучевую терапию продолжали до радикальной дозы 65+-5,0 Гр.

В силу этих обстоятельств, практически, в большинстве случаев радикальная лучевая терапия у больных раком гортани проводилась расщепленным курсом (263 больных). Перерыв в облучении, в зависимости от обстоятельств, длился 1-4 недели. По многочисленным литературным данным, при расщепленных курсах облучения во время перерыва имеет место реоксигенация опухоли, улучшается кровоснабжение облученной зоны и происходит постлучевое восстановление нормальной ткани. Высказывается также предположение о возможном повышении митотической активности опухолевых клеток к началу повторного облучения и переходу их в более радиочувствительное состояние [8]. В то же время мы согласны с мнением авторов, считающих, что расщепленный курс лучевой терапии существенно не сказывается на результатах по критерию увеличения процента стойкой регрессии опухоли и увеличению сроков выживаемости, но переносится больными лучше и дает меньше осложнений [3, 9].

Таким образом, больным проводилась дистанционная гамматерапия в статическом режиме на аппаратах РОКУС-М и АГАТ-Р с 2-х противоположных полей шириной 6 см. и длиной, в среднем, 8-10 см., в зависимости от локализации опухоли. Разовая очаговая доза равнялась, как правило, 2 Гр., за исключением случаев с выраженным стенозом, когда облучение начиналось с адаптационных доз. Суммарная очаговая доза доводилась в большинстве случаев до 65+-5,0 Гр. (ВДФ = 100 - 110 ед.).

**РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ.** Оценка полученных результатов проводилась согласно рекомендациям ВОЗ. При клиническом, эндоскопическом, цитогистологическом контроле у 56,8% больных, получивших суммарную очаговую дозу 40 Гр., отмечалась регрессия опухоли свыше 50%. При этом, II степень лучевого патоморфоза отмечалась у 34,3%, а III - 22,5% больных. В то же время, по данным фиброларингоскопии, степень регрессии опухоли коррелировала со степенью лучевого патоморфоза. Клинически у большинства больных после стихания лучевых реакций отмечалось значительное улучшение: восстанавливался голос, уменьшалась одышка, боли и т.д. Если перерыв в облучении длился более 2-х недель, то у части больных была зарегистрирована дальнейшая резорбция опухоли, в среднем, на 10-15%. После завершения II-го этапа лучевой терапии, по достижении суммарной очаговой дозы 65-70 Гр. преимущественно отмечались III-IV степени лучевого патоморфоза. Далее, было выявлено, что у пациентов с последующим безрецидивным течением заболевания длительностью не менее 1 года отмечалась, как правило, IV степень лучевого патоморфоза.

Трехлетняя выживаемость больных РГ после лучевой терапии, в среднем, равнялась 68,4%. Однако, при анализе были выявлены различия в зависимости от стадии заболевания, локализации опухоли, наличия регионарных метастазов, степени резорбции опухоли и лучевого патоморфоза к концу лечения, суммарной очаговой дозы. Так, при II стадии заболевания и отсутствии регионарных метастазов 3-х летняя выживаемость достигала 82%, а при III стадии - не



достигала и 50%. При возникновении регионарных метастазов 3-х летняя выживаемость составляла, в среднем, 16,4%.

Наиболее благоприятно протекало лечение у больных с локализацией опухоли в области голосовых складок, наибольший процент рецидивов и метастазов - с локализацией ее в надскладочном отделе ( $p < 0,05$ ). Практически, у всех больных, переживших 3-летний срок наблюдения, к концу лечения отмечалась полная регрессия опухоли и III и, преимущественно, IV степени лучевого патоморфоза. Далее, ни у одного больного, получившего в силу каких-то причин суммарную очаговую дозу менее, чем 60 Гр., длительность безрецидивного периода не составила и 1 года.

Необходимо также рассмотреть лучевые реакции и осложнения, возникавшие в процессе лечения. В основном, реальную значимость имели местные лучевые реакции, так как имевшие место в 12,6% случаев общие реакции были, как правило, легкой степени и быстро купировались. У большинства больных отмечались лучевые реакции различной степени выраженности со стороны кожи и слизистых оболочек - эритема, сухой эпидермит, эпителииты. Все они были купированы при перерыве в лечении и назначении соответствующих симптоматических средств. Более тяжелая реакция - перихондрит - возникала, как правило, у больных с III-IV стадиями заболевания на фоне местно-распространенного процесса. В наших наблюдениях она отмечалась у 11,7% больных и требовала более длительного перерыва и более интенсивного лечения. Однако, только у 2% больных лучевое лечение было прервано в связи с отеком гортани, вызванным данным осложнением, и больные были направлены на трахеостомию.

Итак, нами было отмечено, что на результаты облучения больных РГ достоверно влияют стадия заболевания, наличие регионарных метастазов, локализация опухоли, степень ее резорбции и лучевого патоморфоза (как правило, коррелирующие между собой), а также полученная суммарная очаговая доза.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Бахшалиева Ф.Г., Алиев Д.А. - В кн.: Пробл. онкологии и мед.радиологии. Баку, 1992, т.2, с.3-8;
2. Злокачественные новообразования в СССР в 1989-1990 гг. под ред. Н.Н.Трапезникова, В.В.Двойрина. М., 1991;
3. Исаев И.Г. и др. - В кн.: Мат-лы конф., посвящ. Дню Национального Возрождения Азербайджанской Республики. Баку, 1994, с.11;
4. Комбинированное и комплексное лечение больных со злокачественными опухолями. Под ред. В.И.Чиссова. М.: Медицина, 1989;
5. Лучевая терапия злокачественных опухолей. Под ред. Е.С. Киселевой. М.: Медицина, 1996;
6. Огольцова Е.С., Матякин Е.Г. Диагностические и тактические ошибки при раке гортани. М.: Медицина, 1989;
7. Смулевич В.Б. и др. Заболеваемость и смертность от злокачественных новообразований. М.:ВИНИТИ, 1988;
8. Холин В.В. Радиобиологические основы лучевой терапии злокачественных опухолей. Л.: Медицина, 1979;
9. Gray A. - Int. J.Radiol. Oncol.Biol.Phys., 1986, v.12, p.9-12;
10. Wench C., Peters L. - Cancer Bull., 1989, v.4, p.75-80.

#### Summary

#### LIGHT THERAPY OF PATIENTS WITH LARYNGEAL CANCER

I.G.Isayev, S.M.Beibutov, N.G.Kuliyeva, S.N.Gousseinov,  
E.R.Guseinova

In the present article was marked that stage of disease, presence of the regional metastases, tumor localization, degree of tumor resorbtion, radiation pathomorphosis and accumulated dose influences on radiation results in patients with esophagus cancer.



## НЭТИЧЭЛЭР ВЭ МУЗАКИРӨ. АОРГА СҮМҮК САРКОМАЛАРЫ ЗАМАНЫ САХЛАЈЫЧЫ ОПЕРАСИЈАСЫНА ДАИР БИЗИМ ТӨЧРҮБӘМИЗ.

Ә. Т. Әмирасланов, А. Ј. Газыјев

Н. Нариманов адына Азәрбајҗан тибб университети, Бақы ш.

Сүмүк саркомалары (СС) ән чох ушаг, јенијетмә вә кәнч јашларда тәсадүф олунур вә әксәр һалларда мүаличә методлары лазымы эффект вермир [1, 4, 6]. Көстәрилән хүсусијјәтләр СС клиник онколокијјанын ән мүкүм сәһәләриндән биринә чевирмишдир.

Јахын кечмишәдәк сүмүк онколокијјасы илә мәшғул олан мүтәхәссисләр СС заманы мүмкүн гәдәр еркән деврдә ампутасија вә екзартикулјасија һәчминдә шикәстедичи операсијалар апарылмасынын тәрәфдарлары идиләр. Лакин белә операсијалардан гыса мүддәт сонра ағчијәрләрдә метастазлар мөлә кәлирди ки, бу да хәстәләрин өлүмүнүн әсас сәбәби олурду [2]. Бу вәзијјәт хүсусилә дә СС ән агрессив кедиш вә еркән метастазвермә илә сәчијјәләнән формасы олан остеожен саркомаја (ОС) аид иди. СС мүаличәси илә бағлы елмдә јаранмыш белә бир вәзијјәтдә 60-чы илләрин ахырларындан башлајараг Онколожи елми мәркәздә академик Н.Н. Трапезниковун рәһбәрлији алтында “Сүмүк саркомаларын мүаличә методларынын тәкмилләшдирилмәси” мөвзусунда елми-тәдигат ишләри апарылмаға башланды [5]. Тәдигатын башлыча истигамәтини СС әсас нөвү олан ОС-лы хәстәләр тәшкил етди.

Хәстәләрин өлүмүнүн әсас сәбәбини ағчијәрләрә олан метастазлар тәшкил етдијиндән тәдигатын илкин мәрһәләсинин ағчијәрләрә һематокен метастазларын гаршысынын алынмасы идејасы әсасында операијадан сонрақы адјувант (профилактик) кимјәви терапија методунун ишләниб һазырланмасы тәшкил етди. Јалныз чәрраһи мүдахилә апарылмыш ОС хәстәләрин 5-иллик јашама көстәричиси чәми 7% тәшкил едирдисә, апарылмыш дәрман мүаличәсинин нөвүндән асылы олараг профилактик кимјәви терпија нәтичәсиндә бу көстәричи 34,5-53,2% тәшкил етди. ОС заманы профилактик кимјәви терапијадан алынған үмидверичи нәтичәләр бу потолокија заманы сахлајычы операсијалар апарылмасы идејасыны јаратды. 1977-чи илдән башлајараг ОС заманы кимјәви вә шуа мүаличәси илә бирликдә сахлајычы операсијаларын ефективлији чјрәнилмәјә башланды [4]. Нәтичәдә јени мүаличә үсулу ишләниб һазырланды ки, бу да һематокен метастазларын гаршысыны алмагла јанашы, һәм дә фәалијјәт көстәрән әтрафын сахланылмасы мүмкүн олду. Шишәләјһинә препаратларын артерија дахилинә јеридилмәси һәм радикал операсијанын минимал һәчмдә апарылмасыны, һәм дә узаг метастазларын профилактикасы тәмин етди. Һазырланмыш јени комплекс мүаличә програмы операсијаәнү мүаличә, сүмүјүн сегментар резексијасы һәчминдә чәр-раһи мүдахилә, мүаличәви патоморфоздан асылы олараг адјувант кимјәви терапија (неоадјувант кимјәви терапија) вә реабилитасија компонентләрининдән ибарәт олду. Сахлајычы операсијалар дикәр СС заманы да тәтбиг едилди вә үмидверичи нәтичәләр алынды.

Беләликлә, СС заманы комплекс мүаличә програмы вә бунун да тәркиб елементи кими сахлајычы операсија үсулу ишләниб һазырланды вә клиник практикаја тәтбиг едилди. Бу исә белә контингентли хәстәләрин мүаличәси нәтичәләрини 4-5 дөфә јахшылашдырды. Сахлајычы операсијалар заманы әввәлчә сүмүк трансплантлары, сонра исә мүхтәлиф эндопротезләр клиник практикаја тәтбиг едилди.

Бизим мүшаһидәмиз алтында 1992-1997-чи илләрдә СС көрә сахлајычы операсија кечирмиш 62 хәстә олмушдур. Бүтүн һалларда клиник-ренткеноложи диагноз морфоложи јолла тәсдиг едилмишдир. Шишин һистоложи гурулушуна көрә хәстәләрин пәјланмасы ашағыдақы гәјдада олмушдур. ОС вә бәдхәссәли фиброз һистиоситомалы – 38 хәстә (61,2%), хондросаркомалы – 12 хәстә (19,4%), паростал саркомалы – 8 хәстә (12,9%), бәдхәссәли остеобластокластомалы – 4 хәстә (6,5%).

Хәстәләрин 39-у (62,9%) киши, 23-ү (37,1%) гадын чинсли олмушдур. Хәстәләрин әксәр һиссәси (48,4%) 20-30 јашлар арасында олмушдур. Кечирилән операсијанын нөвүндән асылы олараг хәстәләрин пәјланмасы ашағыдақы гәјдада олмушдур: буд сүмүјүнүн дистал шөбәсинин резексијасы вә диз ојнағынын эндопротезләшдирилмәси – 39 хәстә (61,9%), базу сүмүјүнүн проксимал шөбәсинин резексијасы вә базу ојнағынын эндопротезләшдирилмәси – 10 хәстә (16%), күрәк дөшарасы резексијасы – 8 хәстә (12,9%), аудопластика илә шишин екскохлеасијасы вә (вә ја) сүмүјүн сегментар резексијасы – 5 хәстә (8,1%).

Шиш әксәр һалларда узун борулу сүмүкләрдә јерләшдирилмишдир: буд сүмүјүнүн дистал шөбәси – 26 хәстә (41,9%), гамыш сүмүјүн проксимал шөбәси – 14 хәстә (22,6%), базу сүмүјүн проксимал шөбәси – 14 хәстә (22,6%). Шиш узун борулу сүмүкләрин метафиз вә метаэпифизар һиссәләриндә јерләшмишдир.

Сахајычы операсијаларын апарылмасы үчүн ашағыдақы көстәришләр мөјјән едилмишдир: 1. Шиш ән чох диз вә базу ојнағларыны әмәлә кәтирән сүмүкләрдә јерләшдикдә; 2. Мүаличәни башлајан вахт ағчијәрләрдә ренткеноложи ашкар едилән метастазларын олмамасы; 3. СС диагнозунун морфоложи тәсдиг олунмасы; 4. Әввәлләр шиш әлијһинә мүаличәнин апарылмамасы; 5. Операсијаәнү кимјәви терапијанын апарылмасына әкс-көстәришләрин олмамасы; 6. Әтраф јумшаг тохумаларын шиш просесинә әһәмијјәтли дәрәчәдә чәлб олунмамасы.

ОС хәстәләр группунда мүаличә адриамисин – гидрохлоридин 3 күн мүддәтиндә 30 мг/м суткалыг дозада артеријадахили инфузијасы илә башланмышдыр. Бу мәгсәдлә буд артеријасы Селдинкер үсулу илә катетеризасија олунмуш препарат хүсуси инфузиторла буд артеријасына јеридилмишдир. Инфузија мүддәтиндә вә ондан сонрақы бир сутка әрзиндә хәстәләр јатаг режиминдә олмушлар. Ағырлашмасыз кечән операсијаәнү мүаличәдән 1-2 сутка сонра икинчи мәрһәләдә сахлајычы операсија – буд сүмүјүнүн дистал шөбәсинин резексијасы вә диз ојнағынын эндопротезләшдирилмәси – апарылмышдыр. Базу сүмүјүнүн проксимал наһијәсинин ишләриндә исә базу сүмүјүнүн проксимал шөбәсинин резексијасы вә базу ојнағынын эндопротезләшдирилмәси операсијасы апарылмышдыр. Бу мәгсәдлә илк вахтлар биз “Полди” эндопротезиндән вә Русијада истәһсал едилән КӨ.Сиваш эндопротезиндән истифадә етмишик, сонралар исә өз конструксијамыз әсасында ишләниб һазырланмыш вәтән эндопротезләриндән истифадә едирик [3].

Үчүнчү мәрһәләдә операсијаәнү дәрман мүаличәси нәтичәсиндә илкин шишин зәдәләнмә дәрәчәсинин һистоложи гijмәтләндирилмәси – мүаличәви патоморфозун өјрәнилмәси – һәјата кечирилмишдир. Мүаличәви патоморфоз ашағыдақы 4 дәрәчә үзрә гijмәтләндирилмишдир: I дәрәчә – кимјәви мүаличәдән сонра шишин регрессијасынын чүз’и олмасы вә ја эффектин там олмамасы; II дәрәчә – шиш тохумасынын тәхминән 50%-и некроз вәзијјәтиндәдир; III дәрәчә – шиш тохумасынын 90%-дан чоху некрозлашмышдыр; IV дәрәчә – шиш һүчәләрәнин һамысы һәјат габиліјәтини итирмишдир.

Дөрдүнчү мәрһәләдә илкин шишин операсијаәнү кимјәви терапијаја һәссаслығы нәзәрә алынмагла адјувант кимјәви терапија (неадјувант кимјәви терапија) апарылмышдыр. I-II дәрәчә мүаличәви патоморфозда операсијадан сонрақы кимјәви терапија САР схеми илә апарылмышдыр: сисплатин (платидиам) тсиклин 1-3 күнләринә 30-40 мг/м дозада вә ја бирдәфәлик 100 мг/м дозада сахлајычы һибәрһидратасија вә күчләндирилмиш дирузе фонунда вена дахилинә инфузија едилмишдир; адриамисин тсиклин биринчи күнү 40-50 мг/м дозада вена дахилинә јеридилмишдир; тсиклофосфан тсиклин икинчи күнү 500-600 мг/м дозада јеридилмишдир. Препаратларын гәбулуну кечирмәкдән асылы олараг 4 һәфтәлик фәсиләләрлә 6 курс мүаличә апарылмышдыр.

III – IV дәрәчә мүаличәви патоморфозда исә адриамисинлә адјувант кимјәви терапија апарылмышдыр. Препарат 30 мг/м дозада 3 күн мүддәтиндә вена дахилинә јеридилмишдир. 3-4 һәфтәлик фәсиләләрлә 6 курс мүаличә апарылмышдыр.



Диз вә базу ойнагларынын эндопротезләшдирилмәси илә апарылан сахлајычы операсијаларын сон мөгсәди шишин радикал-харич едилмәси вә әтрафын функцијаларынын тез вә максимал бәрпа олунмасыдыр. Бунун үчүн өзүндә психотерапија, мүаличә кимнастикасы, массаж вә әмәк терапијасыны бирләшдирән комплекс реабилитасија тәдбирләри һәјата кечирилмишир. Операсијадан 3-4 ај сонра хәстәләр әләвә дајаг олмәдан вә ја бир әл ағачынын көмәји илә јеримишләр. Диз вә базу ойнагларынын эндопротезләшдирилмәсинин функционал нәтичәләри ашағыдакы гәјлада олмушдур: 9 хәстәдә (158,4%) – “ә’ла”, 20 хәстәдә (40,8%) – “јахшы”, 14 хәстәдә (28,6%) – “кафи”, 6 хәстәдә (12,3%) – “гејри-кафи”. Остеожен саркомалы хәстәләрин 26-да 3-иллик јашама кәстәрчиси 53,4% тәңкил етмишир.

27 хәстәдән ибарәт дијәр нозоложи формаларда јалныз чәрраһи мүдахилә апарылмышдыр. Бу группа 3 хәстәдә ресидив мүшаһидә едилмишир ки, бунларын да 2-си хондросаркомалы, 1-и исә паростал саркомалы хәстә олмушдур.

Алынмыш кәстәрчәнләр ОС заманы комплекс мүаличәнин тәркиб елементи кими, дијәр нозоложи формаларда исә сәрбәст вә радикал мүаличә методу кими сахлајычы операсијалардан кениш истифадә едилмәсинин лазымлығыны сүбүт едир.

## ӘДӘБИЈАТ

1. Әмирасланов Ә.Т., Газыјев А.Ј. Сүмүк шишләри. Бақы: Тәбиб, 1997; 2. Әмирасланов Ә.Т., Газыјев А.Ј. – Азәрб. Тибб Ж., 1995, №12, с. 22-27; 3. Амирасланов А.Т.: Мат-лы I сьезда онкологів стран СНГ. М., 1996, ч. 2, с. 395; 4. Амирасланов А.Т.: Остеогенная саркома. Бақы: Әлм, 1987; 5. Трапезников Н.Н. и др. – В кн.: Мат-лы I сьезда онкологів стран СНГ. М., 1996, ч. 2, с. 416.

## Summary

OUR EXPERIENCE CONCERNING MAKING THE SAVING OPERATIONS IN PATIENTS WITH BONE SARCOMAS

A.T.Amiraslanov, A.J.Gazyev

Results of observation are demonstrate that radical and saving operations must be included in complex treatment of bone sarcomas patients

## ПРОСТАТ ВӘЗИ ХӘРЧӘНКИНИН ЬОРМОНАЛ МҮАЛИЧӘСИНИН МҮАСИР ПРИНСИПЛӘРИ

С. Б. Имамвердијев, И. С. Әһмәдов

Н.Нәриманов адына Азәрбајҗан Тибб Университети, Бақы ш.

Онкологичә хәстәликләр ичәрисиндә простат вәзи хәрчәнкинә (ПВХ) раст кәлинмә тәзлији әсас јерләрдән бирини тутур [2,4,5,7,8,9,10,11,18,19].

Әдәбијата кәрә бу хәстәлијә еркән диагноз гојулмасы 10% һалларда мүмкүндүр. 40-45% һалларда һәмин хәстәлијә диагноз гојулшуда артыг башга органларда метастаза раст кәлинир [17]. Бу исә ПВХ-нын мүаличә принципини тамамилә дејишидирир. ПВХ-нин ефектив мүаличәси она ввахтында диагноз гојулмасындан чоһ асылыдыр [8,10].

Һәлә 1945-чи илшә Huggins вә Hodges кәстәрмишләр ки, ПВХ-нин әмәлә кәлмәси андрокенләрин блокадасы әсас јерләрдән бирини тутур [12]. Узун илләрдир ки, андрокен мигдарынын азалдылмасы үчүн әсасән чәрраһи кәстрасија вә һормонал мүаличәдән истифадә едилир [13].

Һал-һазырда чоһлу јени дәрман препаратларын һазырланмасы андрокенләринин супрессижасы үчүн кениш имканлар ачыр. Бүтүн бунлар исә онко-урологларын гаршысында јени суаллар гојур. Һансы дәрман препаратларындан вә јахуд бу дәрманларын комбинасижасындан истифадә етмәклә хәстәлијин мүаличәсиндә әввәлки мүаличә методлары заманы баш верән ағырлашмалары азалтмагла даһа ефективли вә узун мүддәтли сағалмаға наил олмаг олар. Бу вә ја дијәр суаллар 1995-чи илшә Лондонда кечирилән Крал Мәркәзи конгрессинда дүнјанын бүтүн өлкәләриндән чағырылмыш 800 нүмәјәндәнин гаршысына суаллар олмушдур [14].

Тестостеронун әмәлә кәлмәси мүрәккәб бир механизmdir вә гипоталамусун нәзарәти алтындадыр. Орхиктомија әмәлијаты едиләркән һәјалар бу нәзарәтдән чыхыр. Мә’лумдур ки, организмдә олан тестостеронун мигдары 90% һәјаларда синтез едилир, ләкин адринал тестостерон синтези азалмадығы үчүн андрокенләрин простат вәзинә тә’сири тамамилә арадан кәтүрүлмүр. Әмәлијатын өзү исә хәстәјә бәјук психоложи тә’сир кәстәрмәклә чинси фәалијәтин тамамилә арадан чыхмасына сәбәб олур.

Естожен мүаличәси дә мүәјјән гәдәр андрокенләрин мигдарыны азалтсада, сонрадан организмдә резистентлик јаратмагла бәрәбәр, кинекостазија, мүхтәлиф үрәк-дамар хәстәликләрин әмәлә кәлмәсинә сәбәб олур [3, 21].

Андрокенләрин периферија тә’сирини арадан кәтүрмәк үчүн әсас ики дәрмандан истифадә олунур. Бу дәрманлар антиандрокенләр адланыр. Өзләри исә ики група ајрылыр. Тәмиз антиандрокенләр сајылан гејристероид флүтаид вә икигәт тә’сир механизминә малик олан андрокур (сипротерон асетат). Андрокурун тә’сир механизми әсасән андрокен синтезинин сүстләшдирилмәсидир. Онун икили тә’сири исә өзүнүн периферијада һүчәјрә сәвијјәсиндә тестостеронун блокадасы илә мејдана чыхыр [6].

Тәмиз андрокен флүтаид исә простат вәзинә һидроксиметоболитә чевриләрәк, тестостеронун вә диһидротестостеронун ресепторһүчәјрәләри илә бирләшмәсинин гаршысыны алыр. Бунунла да андрокенләрин шиш һүчәјрәләрин тә’сири арадан



көтүрүлүр. Экс алагалар принципине асасан исә ганда тестостеронун мигдары артыр ки, буна көрө дө чинси фәалијјәт давам етмәси вә бә'зән јахшылашмасы гејд едилир.

М.Н.Гәдирли адына Мәркәзи һөвзә Клиник хәстәханасынын уролокија шө'бәсиндә 1994-чи илин декабрына гәдәр 30 хәстә ПВХ-јә көрө антиандроқен мүаличәси алмышдыр. Тәдгигатымызын әсас мөгсәди гејри-стероид андроқен олан флүтамин ПВХ-нин мүаличәсиндә еффеқтини өјрәнмәк олмушдыр.

ПВХ-нин клиник шәрһини вермәк үчүн Бејнәлхалг Хәрчәнкәләјһинә Иттифағын 1989-чы илдә тәкмилләшмиш ТНМ системиндән истифадә етмишиқ [23]. Бу классификасијаја көрө, мүшаһидә алтында олан хәстәләрин 10 нәфәриндә Т1-2NхМо, 11-дә – Т3NхМо, 2-дә – Т3NхМ1, 3-дә – Т4NхМ1 мәрһләләриәјрд едилмишдыр.

Хәстәләр ашағыдакы јаш гуруларында олмушдыр: 50-60 јаш – 3, 60-70 јаш – 25, 70-80 јаш – 2 хәстә. Хәстәләрин 4 нәфәриндә сүмүк метастазы, 2 нәфәриндә исә реқionar лимфа вәзиләриндә метастаза раст кәлинмишдыр. 24 хәстәдә үрәк-дамар системиндә, 2 хәстәдә – ағчијәрләрин, 8 хәстәдә – гара чијәр вә өдүн, 18 хәстәдә – бөјрәјин әләвә хәстәликләри ашқар едилмишдыр. Хәстәләрин 19-на диагноз илк дөфә бизим тәрәфимиздән гојулмуш, 2 хәстә клиникаја еписистома илә, 2 хәстә орхиэктомиядан сонра, 7 хәстә исә башга хәстәханаларда естроқен мүаличәси алдыдан вә артыг 2-чили естроқенорезистентлик әмәлә кәлдикдән сонра дахил олмушдыр. Хәстәләрин 12-дә дизурија, 5-странгурија, 20-поллақурија, 22-пиурија, 6-аралыг вә буд сүмүјүндә ағы, 28-зәифлик, 12-арыглама, 24-иштаһсызлыг, 28-сидик ифразынын писләшмәси мүшаһидә едилмишдыр. Сүмүкләрдә вә лимфа вәзиләриндә метастазы олан хәстәләрин шикајәтләри ашағыдакы кими олмушдыр: 5 хәстәдә ағы, һамысында зәифлик вә иштаһсызлыг, 3-сидик ифразынын зәифләмәси, 3-һематурија, 2-дизурија, 5-арыглама.

Мүәјинә вә мүаличә дөврүндә диагнозун гојулмасы үчүн ашағыдакы үсүллардан едилмишдыр: ректал мүәјинә, простат вәзин гасыгүстү вә трансректал ултарасәс мүәјинә, сидијин вә ганын клиник анализләри, дөш гәфәси органларынын рентқеноскопијасы, ЕКГ, сүмүкләрин рентқенографијасы (онурға сүтунунун), ганда турш фосфатаза, тестостеронун вә простатын спесифик антиқенетик тә'јини (ПСА), простат вәзин трансректал үсулла биопсијасы.

Мүаличәви башламаздан әввәл лаборатор мүәјинәләрдә 25 хәстәдә лесқоситурија, 14-бактериурија, 22-еритроситләрин чөкмә сурәтинин артмасы, 20-турш фосфатазанын артмасы, 18-һемоглабин, еритроситләрин, һемотокрит көстәрәчиләрин ашағы дүшмәси, 16-ган зәрдабында креатинин вә галыг азотун мигдарынын артмасы, 17-ПСА ган зәрдабында артмасы, 19-трансректал үсулла биопсија илә диагноз дәгигләшдирилмишдыр.

Мүаличәдә флүтамин күндәлик дозасы әввәлчә 3 ајда күндә 750 мг олмагла, сонрадан исә-күндә 250 мг һесабы илә 3 ајдан бир 20 күн ара вермәклә бир ил мүддәтинә тә'јин едилмишдыр. Һәр 3 ајдан бир хәстәләрин тәқрар клиникада мүәјинәләр едилмәси илә нөвбәти мүаличә давам етдирилмишдыр.

2 хәстәдә 2-чили естроқенорезистентлик әмәлә кәлдијинә көрө башга мүаличә методуна кечилмишдыр. Јери кәлмишкән естроқенорезистентлик әмәлә кәлән хәстәләрдә флүтамин дозасыны бир мүддәт јүксәлтмәклә вә мүаличә схемасына индометасин дахил етмәклә хәстәлијин бир мүддәт ресидивинә наил олмаг мүмкүндүр. Бу әсасән узун мүддәт естроқен мүаличәси алан хәстәләрдә шиш һүчәјрәләриндә андроқен ресепторларынын чох олмасы илә әләгәдәрдыр. [8,9].

Индометасинин исә мүаличәјә дахил едилмәси әсасән простагландинләрин тә'сирини азалдыр. Шиш хәстәлијиндә исә простагландинләрин имун+супрессив тә'сири әдәбијјатдан мә'лумдыр [1].

Мүаличәнин 4-чү һәфтәсиндән башлајараг хәстәләрин чох һиссәсиндә субјектив јахшылашма мүшаһидә олунмушдыр. Бу әсасән ағы синдромунун азалмасы, сидик ифразынын јахшылашмасы, иштаһанын вә либидонун артмасы илә өзүнү көстәрир.

Лаборатор-клиник мүәјинәләрдә әсасән мүаличәнин нәтичәләри ашағыдакы кими олмушдыр: сидик ифразынын јахшылашмасы-26, еритроситләрин чөкмә сурәтинин, һемоглабинин, еритроситләрин нормаллашмасы-15, турш фосфатазанын активлијинин азалмасы-20, ПСА-нын мигдарынын азалмасы-22 хәстәдә мүәјјән едилмишдыр.

Үмуми вәзијјәтин јахшылашмасы 26 хәстәдә мүшаһидә едилмиш, 2 хәстәдә мүаличәнин һәр бир еффеқти олмамыш, 1 хәстәдә исә простат вәзин бәрклији вә бөјүмәси мүшаһидә едиләрәк кәскин сидик ләнқимәси әмәлә кәлмиш, һәммин хәстәдә еписистомија әмәлијјаты апарылмышдыр. 17 хәстәдә чинси фәалијјәт һиссинин јахшылашмасы гејд едилмишдыр.

ПВХ заманы флүтаминдә мүаличәдән 3 ај сонра гејд олунан нәтичәләр беләдир: хәстәләрин комплекс мүаличәсиндә јанашы кәдән хәстәликләрин мүаличәси илә бирликдә 20 күн мүддәтиндә күндә 1,0 мл дәри алтына тимоптин тә'јин едилмишдыр. Бу да әсасән шиш һүчәјрәләрин вә һормонал дәрманларын имундепрессив тә'сирини арадан көтүрмәк мөгсәди илә едилмишдыр [5,15,16].

Флүтамин ПВХ-дә мүаличәви әһәмијјәтиндән башга хәстәләр тәрәфиндән раһат гәбул едилмәси, чинси фәалијјәт һиссини јахшылашдырылмасы вә әләвә тә'сирләринин, демәк олар ки, олмамасы, онун кениш истифадәси үчүн имқанлар јарадыр.

Нәтичәдә гејд етмәк истәрдик ки, ПВХ-нин иноперабел мәрһәләләриндә флүтамин күндәлик дозасы 750 мг олмагла 3 ај мүддәтиндә, 20 күн ара вердикдән сонра исә күндә 1,0 олмагла тимоптин вә 2-чили естроқенорезистентлик јарандыгда исә – ендометасин 1т х 2 дөфә бир ај мүддәтиндә әләвә едилмәси илә мүсбәт нәтичәләрә наил олмаг олар.

## ӘДӘБИЈАТ

1. Буренин И.С.-Урология и нефрология, 1995, N.6, с.33-35; 2. Вар-шавский С.В. и др. - Там же, 1996, N.4, с.36-38; 3. Гончар М.А. и др. - Там же, 1985, N.2, с.31-33; 4. Долинский Ю.И. Радиофосфорная диагностика рака предстательной железы. - Автореф. дисс...канд. мед. наук. М., 1973; 5. Двойрин В.В. и др.- Урология и нефрология, 1995, N.2, с.2-4; 6. Ившина А.В. и др. - Там же, 1995, N.2, с.36-37; 7. Матвеев Б.П. и др.- Там же, 1993, N.1, с.10-13; 8. Маринбах Е.Б. Рак предстательной железы. М.: Медицина, 1980, с.240-244; 9. Нанобашвили Д.М. Ранняя диагностика и лечение рака предстательной железы. - Автореф. дисс...канд.мед.наук. Тбилиси, 1967; 10. Портной А.С. Хирургическое лечение аденомы и рака предстательной железы. Л.: Медицина, 1979, с.240-244; 11. Свиридова Т.В. и др. - Урология и нефрология, 1996, N1, с.31-33; 12. Серняк П.С. и др.- Там же, 1986, N.6, с.33-36; 13. Степанов В.Н. и др.- Там же, 1995, N.2, с.33-35; 14. Crawford E.-Europ.Urol., 1996, S.2, p.54-61; 15. Debruyne F. - Eur. Urol., Netherlands, 1996, S.2, p.34-36; 16. Debruyne F. - Eur. Urol., 1995, S.21, p.77-78; 17. Fritrpatric I. - Eur. Urol., 1996, S.2, p.37-39; 18. Hall R.- Ibid., 1996, S.2, p.24-26; 19. Huggins C. -J. Urol., 1941, S.46, p.997; 20. Kirby P. - Eur. Urol., 1996,



S u m m a r y

**MODERN PRINCIPLES OF PROSTATIC CANCER HORMONAL THERAPY**  
**S.B.Imamverdiyev, I.S.Akhmedov**

The paper summarized the results of antiandrogen therapy 30 patients with prostatic cancer performed with flutamide.

**ПОКАЗАТЕЛИ КРОВИ, ОТРАЖАЮЩИЕ СОСТОЯНИЕ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОЙ РЕЗИСТЕНТНОСТИ У БОЛЬНЫХ ХОДЖКИНСКИМИ ЛИМФОМАМИ**

Э.М.Оруджев  
 Национальный центр онкологии, г.Баку

Нарушения иммунологического надзора за гомогенностью клеточных популяций в организме играет немаловажную роль в увеличении риска возникновения ряда неопластических процессов лимфоидного гистогенеза и, в том числе, ходжкинской лимфомы (ХЛ). При этом, во многих исследованиях показано, что у больных ХЛ выявляются иммунологические нарушения, а состояние иммунологической реактивности во многом предопределяет характер развития ХЛ и их прогноз. Надо заметить, что если многие особенности изменений иммунного статуса у больных ХЛ и характер их влияния на течение и прогноз заболевания уже известны [7], то в вопросе о роли неспецифической резистентности организма и, в частности, тех ее звеньев, которые обеспечивают, не связанную с опухолевыми антигенами, естественную противоопухолевую резистентность (ЕПР) при ХЛ до сих пор не все ясно [4]. Между тем, имеются данные о важной защитной, в отношении злокачественных опухолей, роли ЕПР не только на этапах инициации и промоции, поскольку ЕПР, несомненно, играет определенную защитную функцию в подавлении процессов местного распространения опухолей и их метастазирования [1, 5].

Имеющиеся в литературе сведения о состоянии ЕПР и особенностях взаимосвязи ее с противоопухолевым иммунитетом у больных ХЛ носят разрозненный, а нередко, и противоречивый характер [8]. В частности, несмотря на то, что опубликованы данные об характере изменения при ХЛ количества в периферической крови естественных киллерных клеток (ЕКК), являющихся важнейшими эффекторами ЕПР, до сих пор остаются спорными вопросы о количественных характеристиках этих изменений, их связи с эффекторными иммунными клетками и их функциональной активности, а также о значении этих показателей в качестве клинико-иммунологических критериев при индивидуальном выборе средств терапии, оценке состояния организма больных и перспективности адекватной терапии.

Эти обстоятельства побудили нас провести клинико-лабораторное исследование с целью определить у больных ХЛ особенности состояния ЕПР в связи с важнейшими показателями иммунологического статуса этих больных.

**МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ.** В исследование было вовлечено 30 безвозмездных доноров крови (основная контрольная группа), 26 больных, у которых после гистологического обследования биоптатов диагноз "лимфома" был заменен на диагноз "лимфаденит" (вторая контрольная группа) и 168 больных ХЛ. Диагноз у всех больных был гистологически верифицирован. Стадирование ХЛ осуществляли в соответствии с классификации Ann-Arbor (1971).

Распределение больных ХЛ по стадиям и морфологическим вариантам представлено на таблице.

Таблица. Распределение больных ХЛ по стадиям и морфологическим вариантам.

Гистологический вариант	Т				Всего
	I	II	III	IV	
Лимфоидное преобладание	3	12	11	6	32
Нодулярный склероз	6	27	20	8	61
Смешанно-клеточный	5	24	17	7	53
Лимфоидное истощение	2	9	9	2	22
<b>В с е г о</b>	<b>16</b>	<b>72</b>	<b>57</b>	<b>23</b>	<b>168</b>

У всех больных до начала лечения было определено количество ЕКК в периферической крови, удельная активность аденозиндезаминазы (АДА) в лимфоцитах, количество Т-лимфоцитов (и, в том числе, Т-хелперов и Т-супрессоров) и уровень в крови циркулирующих иммунных комплексов (ЦИК).



Количество ЕКК определяли путем общедоступного метода подсчета в окрашенных по Папентгейму (1911) мазках, взятой из пальца периферической крови процентного содержание (по отношению к общему числу лимфоцитов) "больших гранулосодержащих лимфоцитов" (БГЛ), идентифицируемых по характерной морфологии и наличию типичных темно-вишневых включений [3].

Суспензию лимфоцитов получали из периферической крови традиционным методом, используя центрифугирование гепаринизированной крови в фиколл-верографиновом градиенте плотности. Удельную активность аденозиндезаминазы (АДА) в лимфоцитах определяли известным методом [2]. Процентное количество Т-лимфоцитов определяли методом розеткообразования с эритроцитами барана, используя теofilлиновый тест для определения соотношения Т-хелперов (Т-х) и Т-супрессоров (Т-с). Уровень ЦИК определяли методом их седиментации полиэтиленгликолем и последующей фотометрией растворов по Digeon et al. (1977).

Математическую обработку полученных результатов осуществляли методом вариационной статистики с использованием критерия Стьюдента (при этом, относительные величины обрабатывали как абсолютные).

**РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ.** У здоровых доноров крови содержание ЕКК составило, в среднем,  $23,2 \pm 3,0\%$ , а у больных реактивными лимфаденитами -  $18,2 \pm 2,4\%$ . Вопреки имеющимся в литературе данным [4], нам не удалось выявить статистически устойчивого (при  $p < 0,05$ ) различия количеств ЕКК у здоровых лиц и у больных лимфаденитами.

Анализ полученных показателей у группы больных ХЛ при поступлении в клинику показал, что содержание ЕКК в их крови было ощутимо ниже такового у доноров. При этом оказалось, что с увеличением клинической стадии уменьшалось количество ЕКК. Сравнивая процент ЕКК у доноров крови с таковым у больных ХЛ мы установили, что при I стадии разница между этими величинами не была статистически достоверной. В среднем, в случае больных II стадией она сохраняла свою устойчивость в интервале  $p < 0,05$ , при III стадии - в интервале  $p < 0,01$ , а при IV стадии - в интервале  $p < 0,01$ .

Необходимо подчеркнуть и то, что степень уменьшения этих клеток зависела не только от стадии, но и от гистологического варианта ХЛ.

Так, наименее выраженным снижением процента ЕКК было отмечено при лимфогистиоцитарном варианте (лимфоидное преобладание): в этом случае разница этого показателя у здоровых доноров и у больных ХЛ не была достоверной при I и II стадиях ( $p > 0,1$ ). У больных III стадией количество ЕКК было, более чем в два, а при IV стадии - более чем в три раза ниже, чем у здоровых.

В случае нодулярно-склеротического варианта ХЛ у больных I стадии число ЕКК оказалось, в среднем, на 20% ниже, а у больных II стадии - в среднем, на 40% ниже, чем у здоровых доноров. Достоверное снижение числа ЕКК в крови отмечалось у больных III и IV стадией ( $p < 0,05$ ) и IV стадией ( $p < 0,01$ ).

При смешанно-клеточном варианте ХЛ снижение числа ЕКК в крови было еще более выраженным: если у больных II стадией оно составляло менее 30% от нормального, то у больных IV стадией их число было более, чем в 5 раз ниже, чем у здоровых.

Наиболее выраженное снижение количества ЕКК было выявлено при лимфоидном истощении: так у больных I стадией их количество было снижено более, чем в 2 раза, при II стадии - более, чем в 5 раз, при III стадии - более, чем в 10 раз. Если принять во внимание мнение о том, что прогноз ХЛ ухудшается в направлении от лимфогистиоцитарного варианта к лимфоидному истощению [7], можно полагать, что выявленная тенденция к более выраженному снижению числа ЕКК у больных с более неблагоприятными морфологическими формами ХЛ не является случайной.

Эти результаты позволили утверждать, что при ХЛ количество ЕКК в периферической крови подвержено депрессии, выраженность которой, как правило, нарастает с увеличением стадии заболевания и зависит от его морфологического варианта. Учитывая, что число ЕКК в периферической крови в настоящее время принимается за один из важных показателей, пригодных для количественной оценки состояния естественной резистентности организма онкологических больных [6, 9], можно заключить, что угнетение последней у больных ХЛ нарастает по мере прогрессирования заболевания и зависит от его гистологического варианта.

На заключительном этапе исследования мы сопоставили количество ЕКК в крови больных ХЛ с такими показателями иммунного статуса как удельная активность АДА в лимфоцитах, соотношение Т-х/Т-с и уровень ЦИК. Такое сравнение позволило установить, что изменение количества ЕКК было определенным образом связано с изменением активности АДА в лимфоцитах и соотношения Т-х/Т-с. Коэффициенты линейной корреляции выражались в первом как  $r = +0,93$ , а во втором - как  $r = +0,87$ .

Поскольку снижение активности АДА и уменьшение величины соотношения Т-х/Т-с многими исследователями считаются интегративным показателем наличия иммунодефицита у онкологических больных [2], результаты настоящего исследования позволяют сделать главный вывод о том, что у больных ХЛ отмечается снижение иммунологической реактивности, тесно сопряженное с ослаблением ЕПР, проявляющееся в снижении количества ЕКК в периферической крови.

Принимая во внимание, что характер генуинного развития большинства онкологических заболеваний, в значительной степени, предопределяется состоянием не только иммунитета, но и ЕПР организма [1], поиск и использования любых возможностей эффективной стимуляции последней представляется весьма важным в практическом отношении. Разумеется, что располагая современными иммуномодуляторами и адаптогенами, можно в той или иной степени активно воздействовать на указанные звенья реактивности организма и, в частности на ЕПР. Однако, рациональное использование этих средств вряд ли возможно без использования методов динамического контроля состояния ЕПР. Учитывая, что наиболее достоверный



методы ее оценки, основанные на определении цитотоксичности иммуноцитов (и, в том числе, ЕКК) *in vitro* [3], весьма трудоемки, сложены в исполнении и малодоступны, в этом контексте, весьма привлекательным видится использования для динамического мониторинга состояния ЕПР такого простого и доступного метода, как определение процента ЕКК в крови, взятой из пальца.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Гудратов Н.О., Мамедов М.К. Введение в экспериментальную онкологию. Под ред. Д.А.Алиева. Баку: Элм, 1995;
2. Гудратов Н.О., Мамедов М.К. - Азерб.Ж.онкологии и смежных наук, 1996, v.2, с.31;
3. Гудратов Н.О. и др. Определение естественных киллерных лимфоцитов. Метод.рекомендации. Баку, 1992;
4. Злочевская Л.Л. и др. - Врачебное дело (Киев), 1990, N.2, стр.36-39;
5. Ломкин М.С. Иммунобиологический надзор. М.:Медицина, 1990;
6. Мамедов М.К. и др. -Азерб.Ж.онкологии и смежных наук, 1995,N.1-2,с.36-39;
7. Симбирцева Л.П., Холсти.Л. Лимфогранулематоз.М.: Медицина, 1985;
8. Халеев Д.В. и др.-Иммунология, 1997, N.3, с.58-62;
9. Kay N. et al. -Nouv.Rev.Franc.Hematol.,1988, v.30, p.343-345.

#### Summary

#### BLOOD PRAMETERS REFLECTED THE CONDITION OF THE HOST RESISTENCE IN HODGKIN'S DISEASE PATIENTS

E.M.Orujev

Host resistance was determined in 168 patients with Hodgkin's disease (HD) with the help of natural killer cells (NK-cells) calculation and adenosindeaminase activity quantitation.

Results of the investigation demonstrated NK-cell quantity is depended of morphological variants and stage of HD and correlted with denosindeminase activity in immunocytes.

#### КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ БОЛЬШОЙ БЕТА-ТАЛАССЕМИЕЙ ПОСЛЕ СПЛЕНЭКТОМИИ

Э.А.Кадымова

Азербайджанский институт усовершенствования врачей им.А.Алиева, г.Баку

Одним из методов лечения больных талассемиями является хирургическое удаление селезенки [1, 2, 3, 4, 5, 6, 9]. Поэтому изучение роли脾эктомии в комплексном лечении больных талассемией является чрезвычайно актуальным [7, 8]. Исходя из этого, нами было изучено влияние脾эктомии на клинико-гематологические показатели у 118 больных большой бетта-th. Из общих гематологических параметров использованы показатели гемоглобина, эритроцитов, ретикулоцитов, лейкоцитов и тромбоцитов, которые исследовались до операции, а также на 2-й, 7-й, 15-й и 30-й дни и ежегодно в течение восьми лет после脾эктомии.

Вследствие большой разнородности больных последние были разделены на 4 группы.

В 1-ю группу вошли 42 больных с явлениями выраженного гиперспленизма с лейко- и тромбоцитопенией. Эти больные были оперированы в возрасте 4-14 лет.

При осмотре больных обращало на себя внимание отставание в физическом развитии, бледность кожи и видимых слизистых с желтушным оттенком. Заболевание было диагностировано в возрасте до 6-ти месяцев у 32 (76%) пациентов, у остальных 10 - в возрасте до 1-го года. Большинство больных указанной группы 37 (88%) нерегулярно получало трансфузионную терапию, а хелаторная терапия десфералом им проводилась эпизодически. В момент поступления в нашу клинику для проведения脾эктомии у всех больных отмечалась спленогепатомегалия: в среднем, селезенка выступала из-под реберной дуги на 9 см, а печень - на 4 см. Большие отклонения отмечались в картине периферической крови. В среднем, содержание гемоглобина составляло  $44,0 \pm 2,0$  г/л, эритроцитов -  $1,7 \pm 0,3 \times 10^{12}$ /л. Помимо значительного понижения количества эритроцитов, отмечались и морфологические изменения красных клеток - анизонпокилоцитоз, гипохромия, наличие мишеневидных эритроцитов. Характерным для всех больных являлось наличие ретикулоцитоза, в среднем,  $38,2 \pm 0,64\%$ . В периферической крови у всех больных отмечался нормобластоз (в среднем,  $30,2 \pm 1,2$  на 100 клеток). Как было указано выше, критерием отбора больных в данную группу явилось наличие выраженного гиперспленизма, в результате чего у больных развились лейкои тромбоцитопения. Количество лейкоцитов составляло  $2,7 \pm 0,05 \times 10^{10}$ /л, а тромбоцитов -  $0,6 \pm 0,03 \times 10^{10}$ /л. На фоне развивающихся лейкоцитопении и тромбоцитопении у многих больных из этой группы возникали вторичные инфекционные осложнения и геморрагические синдромы. Следует отметить, что активная гемотрансфузионная терапия в период подготовки к операции не приводила к существенному увеличению уровня гемоглобина.



После спленэктомии у больных этой группы повышение уровня гемоглобина и количества эритроцитов было незначительным. К моменту выписки указанные показатели, соответственно, равнялись, в среднем,  $82,0 \pm 0,29$  г/л и  $2,6 \pm 0,02 \times 10^9$ /л. У этих больных отмечалось увеличение количества ретикулоцитов и нормобластов, содержание

которых в периферической крови составляло, в среднем, соответственно,  $56,2 \pm 1,57\%$  и  $38,0 \pm 20,7$  на 100 лейкоцитов. Количество лейкоцитов после подъема в первые дни после операции к моменту выписки снижалось до нормальных цифр. Количество тромбоцитов резко возрастало до значительных цифр (в среднем, до  $4,8 \pm 0,06 \times 10^9$ /л). Тромбоцитоз держался до 3-5 лет. Повышенное содержание ретикулоцитов, нормобластов и тромбоцитов сохранялось на всем протяжении наблюдения, хотя степень их выраженности со временем несколько уменьшилась.

Небольшое количество этих больных (12 человек) поступило в стационар в течение 1-го года после спленэктомии для получения трансфузионной терапии. Они в течение года суммарно получили 16 трансфузий эритроцитной массы по 200 мл (всего 3200 мл). Остальные больные стали получать гемотрансфузии, начиная со 2-го года после операции. Среднее потребление крови больными I-ой группы доходило до послеоперационного периода на 3-ий послеоперационный год.

Следует отметить, что в этой группе отмечалось увеличение печени после спленэктомии относительно размеров до операции.

Во 2-ую группу вошли 44 больных в возрасте от 3-х до 14 лет, которые находились в начальной стадии гиперспленизма. Продолжение гемотерапии в обычном режиме не позволяло удерживать уровень гемоглобина на заданном для этих больных уровне. Больные отбирались для проведения спленэктомии, если повышенное потребление крови продолжалось в течение полугода.

Заболевание было диагностировано в возрасте до 6 мес. у 29 больных (63%), в возрасте до 1 года - у 15 (37%).

Больные этой группы регулярно получали трансфузии крови 1-2 раза в месяц. Уровень гемоглобина поддерживался в пределах  $85,0-95,0$  г/л. Хелаторная терапия проводилась внутримышечно и внутривенно во время переливания крови. Однако, в последние полгода для поддержания обычного уровня гемоглобина потребовалось увеличение количества переливаемой крови (в среднем, в 1,5 раза).

В результате обследования больных этой группы при поступлении в клинику для проведения спленэктомии было выявлено отставание в физическом развитии, сплено- и гепатомегалия. В среднем, селезенка выступала из-под реберной дуги на 5,2 см, а печень на 3 см.

Содержание гемоглобина составляло, в среднем,  $84,0 \pm 0,34$  г/л, число эритроцитов, в среднем,  $3,1 \pm 0,03 \times 10^9$ /л. В мазках периферической крови были выявлены морфологические изменения красных кровяных клеток (анизопойкилоцитоз, гипохромия, мишеневидные эритроциты). Количество ретикулоцитов составляло, в среднем,  $34,0 \pm 1,7\%$ . В периферической крови у всех больных наблюдался нормобластоз (в среднем,  $27 \pm 1,28$  на 100 лейкоцитов). В отличие от больных предыдущей группы, тромбо- и лейкопении не имелось. В среднем было: лейкоцитов -  $5,8 \pm 0,12 \times 10^9$ /л, а тромбоцитов -  $2,4 \pm 0,04 \times 10^9$ /л.

После спленэктомии у больных этой группы отмечалось значительное увеличение уровня гемоглобина и количества эритроцитов, которые к моменту выписки больных из стационара составили, в среднем, соответственно,  $105,0 \pm 0,48$  г/л и  $3,8 \pm 0,02 \times 10^9$ /л. В течение 1-го года после операции ни один больной этой группы не поступил в стационар для получения гемотрансфузий. Начиная со второго года после операции больные вновь начали получать гемотрансфузии, но в значительно меньших объемах, чем до спленэктомии. Хотя в дальнейшем потребление крови этими больными ежегодно увеличивалось, однако, даже спустя 8 лет после операции оно не достигало дооперационного периода, составляя всего 86% от него.

Количество лейкоцитов, как и в предыдущей группе, во всем периоде наблюдения оставалось в пределах нормы, а количество тромбоцитов повысилось до  $4,05 \pm 0,06 \times 10^9$ /л. Тромбоцитоз у большинства больных нормализовался к 3-му году после операции.

Увеличение печени после операции было выражено в меньшей степени, по сравнению с больными первой группы.

В 3-ю группу вошли 10 больных в возрасте от 5 до 11 лет со значительной сплено- и гепатомегалией, приводящей к механическому сдавлению соседних органов и тканей, но без признаков гиперспленизма. Заболевание у всех больных этой группы было диагностировано в возрасте от 6 месяцев до 1 года.

При осмотре больных обращал на себя внимание большой живот, который был обусловлен выраженной гепато-сплено- и гепатомегалией. Селезенка была значительно увеличена и доходила до малого таза.

Больные этой группы получали регулярную трансфузионную терапию. Хелаторная терапия проводилась эпизодически.

Со стороны периферической крови у больных детей отмечались следующие изменения. Содержание гемоглобина и количество эритроцитов составили, соответственно,  $88,0 \pm 1,03$  г/л и  $3,2 \pm 0,08 \times 10^9$ /л.

В мазках периферической крови отмечались такие же морфологические изменения в эритроцитах, как и в предыдущих группах. Количество ретикулоцитов составило  $31,6 \pm 4,3\%$ , нормобластоз -  $28,0 \pm 3,5$  на 100 лейкоцитов. Количество лейкоцитов и тромбоцитов оставалось в пределах нормы. Число лейкоцитов -  $5,1 \pm 0,2 \times 10^9$ /л, а тромбоцитов -  $2,1 \pm 0,1 \times 10^9$ /л.

Все эти больные жаловались на чувство стеснения и тяжести в животе и затрудненное дыхание.

После спленэктомии у указанных больных отмечалось резкое улучшение самочувствия из-за снятия компрессии внутренних органов непомерно увеличенной селезенкой. Уровень гемоглобина и количество эритроцитов к моменту выписки повышалось, соответственно, до



100,0+0,8 г/л и 3,8+0,03x10<sup>10</sup>/л. Повышалось также количество ретикулоцитов и нормобластов, доходя, соответственно, до, в среднем, 33,1+4,0% и 210,0+44,3/л. Количество лейкоцитов оставалось в пределах нормы: 5,2+0,2x10<sup>10</sup>/л, а тромбоцитов - увеличивалось до 4,1+0,2x10<sup>10</sup>/л. Тромбоцитоз являлся стойким и держался в течение 3-4 лет.

После спленэктомии отмечалось также значительное снижение потребления крови больными. В течении первого года после операции для проведения трансфузионной терапии поступил лишь один больной этой группы. Ему было проведено 3 трансфузии крови в суммарном количестве 600 мл. Начиная со второго года после операции трансфузии крови проводились всем больным этой группы, но в меньших объемах, чем до спленэктомии. В дальнейшем потребление крови больными ежегодно увеличивалось и почти достигало послеоперационного уровня спустя 8 лет после спленэктомии. Количество лейкоцитов, хотя и увеличивалось, но оставалось в пределах нормы (6,5+0,3x10<sup>10</sup>/л). Послеоперационный тромбоцитоз (4,1+0,18x10<sup>10</sup>/л) держался в течение 4-х лет.

4-ю группу составили 27 больных в возрасте от 3-х до 12-ти лет, не имеющих проявлений гиперспленизма. У больных этой группы не отмечалось значительного увеличения печени и селезенки. Эти органы были, соответственно, увеличены на 1,7+0,1 см и 4,9+0,2 см. Уровень гемоглобина и эритроцитов: 84,0+1,2 г/л и 3,5+0,06x10<sup>10</sup>/л, соответственно. Характерным для больных этой группы являлось наличие ретикулоцитоза (31,2+2,8%) и нормобластоз (28,1+2,2 на 100 лейкоцитов).

После операции у больных этой группы повышение уровня гемоглобина и количества эритроцитов было незначительным, соответственно, 90,3+1,1 г/л и 3,4+0,06x10<sup>10</sup>/л. Количество ретикулоцитов и нормобластов незначительно увеличивалось, доходя до 37,2+2,7% и 56,4+4,5 на 100 лейкоцитов. Потребление крови этими больными снижалось, и это снижение сохранялось длительное время - в течение 7 лет после спленэктомии.

Таким образом, резюмируя вышесказанное, можно прийти к заключению, что спленэктомия наиболее эффективна у больных, у которых к моменту операции проявляется невыраженный гиперспленизм, приводящий к повышению потребления крови не более, чем в 1,5 раза. В случае выраженного гиперспленизма, протекающего с явлениями лейкоцитопении, или в случае значительного увеличения селезенки, приводящего к механической компрессии внутренних органов, спленэктомия является методом выбора.

Операция также эффективна при проведении ее у больных без явлений гиперспленизма, однако, она не имеет ощутимых преимуществ, по сравнению со спленэктомией, проведенной при начальных стадиях гиперспленизма, когда потребление крови увеличивается не более, чем в 1,5 раза.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Абдуллаев Г.М. и др. - Гематол. и трансфузиол., 1988, N9, с.13-16;
2. Абдуллаев Г.М. и др. Спленэктомия в комплексном лечении талассемией и серповидно-клеточной анемии. - Метод. рекомендации. Баку, 1989, 16 с;
3. Асадов Ч.Д. и др. - Мат-лы II Междунар. симпоз. "Патология эритронов и обмен железа". Рязань, 1995;
4. Дадашева Т.С. и др. Диспансерное наблюдение за больными с талассемиями в условиях поликлиники. - Метод. рекомендации. Баку, 1986, 20 с;
5. Кадымова Э.А. - Азмеджурнал, 1995, N.1-6, с.5-8;
6. Кадымова Э.А. Лечение больных талассемией с применением спленэктомии. Баку, 1996, 119 с;
7. Cohen A. et al. - J.Pediatr., 1980, v.97, p.100-104;
8. Malyali A. et al. - In: Abstr.4-th Int.Conf. on Thalassemia and haemoglobinopathies. Nice, 1991, p.236;
9. Curuk A. et al. - Hum.Gen. 1992, v.30, p.417-419.

#### Summary

#### CLINICAL COURSE OF BIG THALASSEMIA AFTER SPLEENECTOMY

E.A.Kadyмова

According to the performed studies splenectomy most effective in patients with thalassemia, which to the moment of operation represents in kind of hypersplenism lead to the blood assumption increase not much that in 1,5 times.

#### ХАРАКТЕР ИЗМЕНЕНИЯ ЭНДОКРИННЫХ КЛЕТОК ПРИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

П.С.Мамедов

Республиканский научный центр  
хирургии им.М.А.Топчибашева, г.Баку

Нарушение гистогенетически закрепленного уровня кислотно-пептической активности желудка и двенадцатиперстной кишки в результате дисфункции эндокринных клеток многими авторами рассматривается как важнейшее звено патогенеза язвенной болезни [1,5].

Особый интерес в этом отношении представляют G- и ЕС-клетки, популяции которых распределены в слизистой оболочке желудка и двенадцатиперстной кишки. Установлено, что при этом заболевании в результате дисфункции G- и ЕС-клеток нарушается выработка гастрина и серотонина, кислотно-пептическая активность желудка [2, 3, 4, 6].

Однако, следует признать, что сведения об эндокринных клетках не всегда однозначны и часто противоречивы. Отсутствует комплексная оценка качественного и количественного состояния G- и ЕС-клеток у больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки



(ЯДПК), а также сведения, касающиеся степени обратимости гистоморфологической перестройки указанных апудоцитов, что имеет первостепенное значение при выборе лечебной тактики.

Исходя из вышесказанного, целью настоящего исследования являлось изучение характера изменения эндокринных клеток при язвенной болезни двенадцатиперстной кишки и их роль в определении тактики лечения.

**МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ.** Гистоморфологические исследования выполнены у 31 больного с ЯДПК. При этом, больных разделили на две группы: I группу составили пациенты с длительностью болезни до 5 лет - 16 человек; во вторую группу вошли пациенты с длительностью заболевания выше 5 лет - 15 человек. В качестве контрольных использованы данные, полученные у 15 трупов без прижизненной патологии желудочно-кишечного тракта.

Состояние G- и ЕС-клеток изучено при помощи аргентафинного серебрения по Массон-Гамперлю, аргирофильного серебрения по Гримелиусу, паральдегид-фуксиновой реакцией по Севки.

**РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ.** При анализе полученных данных установлено, что в физиологических условиях в составе неизменной двенадцатиперстной кишки общее содержание G-клеток варьировало в пределах 41,0+-3,00 на 1 мм гистологического среза. При ЯДПК у больных I группы содержание G-клеток в периязвенной и интактной зонах снизилось почти вдвое и колебалось, соответственно, в пределах 24,0-25,0 гастринпродуцирующих апудоцитов.

Наряду с количественными изменениями обращает на себя внимание и функциональная активность рассматриваемых клеток: в интактной зоне двенадцатиперстной кишки, например, только 20% клеток обладали высокой секреторной активностью, а в периязвенной зоне G-клетки с высоким уровнем (3+) секреторной деятельности составили 8,33% от общего числа выявленных здесь G-клеток интестинального типа. В цитоплазме этих апудоцитов гастрин-позитивные секреторные гранулы имели характерное распределение, размеры и окраску.

В то же время, в отличие от нормальных показателей, в слизистой оболочке больных с ЯДПК резко увеличилось содержание дегранулированных G-клеток (0+), не проявляющих гистохимических признаков секреторной деятельности. Так, содержание таких апудоцитов в интактной зоне слизистой оболочки двенадцатиперстной кишки составило 24% от общего числа выявленных клеток. В периязвенной зоне этот показатель варьировал в еще более значимых амплитудах, достигая 29%.

В целом, в составе интактной и периязвенной зон двенадцатиперстной кишки больных I группы отмечается выраженное преобладание гастринсинтезирующих клеток с гистохимическими признаками низкой и умеренной секреторной активности. Так, например, в периязвенной зоне двенадцатиперстной кишки 41% гастринсинтезирующих клеток обладает умеренной секреторной активностью (2+).

Однако, следует подчеркнуть, что отличительные гистохимические признаки между G-клетками у больных I группы сохраняются в полной мере (форма апудоцитов, внутриклеточная топография распределенных в цитоплазме секреторных гранул, взаимоотношение G-клеток с желудочными и дуоденальными железами). Обобщая вышеизложенный материал, следует подчеркнуть, что вышеприведенные изменения, с гистологической точки зрения, имеют субкомпенсированный и обратимый характер и, в определенной степени, могут быть скорректированы консервативными методами.

Количественное распределение и микротопография серотонинсинтезирующих ЕС-клеток у больных с ЯДПК I группы имеет принципиально другую направленность и выраженность, чем в системе гастринпродуцирующих клеток.

Уровень содержания ЕС-клеток в слизистой двенадцатиперстной кишки в норме составляет 65,0+-4,00 апудоцитов на 1 мм гистологического среза. Гистохимический анализ слизистой оболочки у больных с ЯДПК показал, что в интактной (76,00) и периязвенной (131,00) участках имеет место более чем двухкратное увеличение этого показателя.

Изучение функциональной активности ЕС-клеток показало, что в слизистой оболочке двенадцатиперстной кишки у больных с ЯДПК от 26,72% в периязвенной зоне до 35,53% в интактной зоне всех серотонинсинтезирующих клеток приходится на дегранулированные апудоциты, секреторная субстанция которых эвакуирована из состава цитоплазмы. Следовательно, при ЯДПК наибольшее количество серотонина продуцируется не в периязвенной зоне, а в составе интактной слизистой двенадцатиперстной кишки.

Обнаружено, что многократный прирост количества продуцентов серотонина в составе слизистой у больных I группы осуществляется, главным образом, за счет ЕС-клеток с гистохимическими признаками умеренной и низкой секреторной активности.

ЕС-клетки с высокой активностью у больных с ЯДПК в интактной зоне составили всего 2,63%, а в периаульцерозной - 3,82%.

При этом, следует подчеркнуть, что независимо от своей секреторной активности, ЕС-клетки сохраняют свои размеры, внутриклеточную топографию и характер секреторной субстанции.

При изучении гастринсинтезирующих клеток в слизистой оболочке у больных с ЯДПК с длительностью заболевания выше 5 лет установлено, что имеет место резкое нарушение их количественных и качественных соотношений, по сравнению с I группой больных. Так, у больных с ЯДПК в интактной зоне слизистой оболочки содержание дегранулированных G-клеток на единицу площади достигает до 29,41% от общего числа апудоцитов, а в зоне, окружающей язву, 38,10%.

У больных II группы весьма характерным является распределение G-клеток с низким уровнем (1+) функциональной активности. В интактной зоне при ЯДПК только 17,65% G-клеток слабо активны. В составе периязвенной зоны уровень содержания таких секреторных клеток составил 52,38%.

Для интактных участков при ЯДПК свойственно высокое насыщение G-клеток с умеренным уровнем секреторной активности - 52,94% всех выявленных здесь апудоцитов. Количество же гастринпродуцирующих клеток в периязвенной зоне составило, соответственно, 9,52%.



Общей закономерностью для больных II группы является полное отсутствие G-клеток с гистохимическими признаками высокого уровня секреторной деятельности (3+).

Приведенные данные свидетельствуют о том, что у больных II группы имеет место резкое нарушение внутриклеточного метаболизма G-клеток, большая часть которых в периязвенных участках дегранулирована или обладает низким уровнем секреторной активности.

Снижение суммарного количества G-клеток в составе слизистой двенадцатиперстной кишки в интактной и периязвенной зонах еще более усугубляет процесс декомпенсации секреторной деятельности гастринпродуцирующих апудоцитов.

Изменения секреторной активности и количественного распределения ЕС-клеток в слизистой оболочке двенадцатиперстной кишки при ЯДПК у больных II группы выражены как в интактной, так и в периязвенных зонах. Однако, в отличие от G-клеток, у больных II группы наблюдается резкое увеличение плотности распределения серотонинсинтезирующих клеток.

Так, в интактной зоне слизистой оболочки двенадцатиперстной кишки при ЯДПК содержание ЕС-клеток на 1 мм гистологического среза составляет 147,00 апудоцитов, а в периязвенных участках значение этого показателя нарастает до 198,00 ЕС-клеток.

Анализ показал, что наряду с резкими (декомпенсированными) сдвигами в количественном содержании ЕС-клеток наблюдаются не менее значительные изменения в функциональной активности рассматриваемых апудоцитов. При этом, независимо от гистотопографии, преобладают ЕС-клетки с умеренным уровнем (2+) секреторной активности. Так, например, при ЯДПК в периязвенной зоне содержится 53,03% ЕС-клеток с гистохимическими признаками умеренной секреторной активности. Плотность их распределения в интактной зоне также высокая (44,22%).

Значительная часть ЕС-клеток у больных с ЯДПК II группы обладает низкой секреторной активностью (1+). При ЯДПК, примерно, треть выявленных ЕС-клеток обладает низким уровнем секреторной деятельности. Следует также отметить, что в данной группе больных количество дегранулированных ЕС-клеток варьирует от 23,81% в интактной зоне до 25,77% в периязвенной зоне.

Обращает на себя внимание еще одно обстоятельство - у больных с декомпенсированными гистохимическими нарушениями почти полностью исчезают из слизистой двенадцатиперстной кишки апудоциты с высоким уровнем секреторной активности (3+).

Таким образом, результаты настоящего исследования продемонстрировали следующее.

Качественные и количественные изменения гастринпродуцирующих G-клеток и серотонинпродуцирующих ЕС-клеток у больных с ЯДПК могут носить субкомпенсированный и декомпенсированный характер.

Для выявления степени обратимости данных изменений необходимо обязательное проведение фиброэндоскопии с захватом биопсий из интактной и периязвенной зоны слизистой оболочки данных больных.

При субкомпенсированном характере изменений качественного и количественного состояния G- и ЕС-клеток целесообразно проведение консервативных мероприятий.

При декомпенсированном характере указанных изменений ограничение лишь консервативными мероприятиями вряд ли может привести к успеху в лечении, что диктует необходимость применения резекции желудка с удалением гастринпродуцирующей зоны у данного контингента больных.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Аруин Л.И.- Тер. архив, 1989, N.2, с.70-76; 2. Малиновский Н.К., Раппорт С.И. - Там же, 1988, N.2, с.142-147; 3. Матвеева И.И.- Архив патологии, 1989, N.7, с.15-20; 4. Сеидов В.Д. и др. - В кн.: Мат-лы конф., посвящ. 100-летию академика М.Топчибашева. Баку, 1995, с.94-95; 5. Сеидов В.Д. и др. - Там же, с.95-96; 6. Polak J. Regulatory peptides: introduction and distribution. Helsinki, 1984, p.47-51.

#### Summary

#### ХАРАКТЕР ИЗМЕНЕНИЯ ЭНДОКРИННЫХ КЛЕТОК ПРИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ П.С.Мамедов

In the present article described results of histomorphologic investigations in 42 patients with the duodenum ulcer.

#### СОСТОЯНИЕ КАЛЬЦИЕВОГО ОБМЕНА У БОЛЬНЫХ НЕСПЕЦИФИЧЕСКИМ ЯЗВЕННЫМ КОЛИТОМ

Э.Г.Исаев

Городская клиническая больница N.5, г.Баку

До настоящего времени этиология и патогенез неспецифического язвенного колита (НЯК) остаются недостаточно ясными. По данным некоторых исследователей, у больных наблюдается снижение плотности костей, что повышает риск развития у них остеопороза [6, 7].



Однако, патогенез изменений в костной системе до сих пор остается не полностью понятным.

Целью настоящего исследования явилось изучение кальциево-фосфорного обмена и секреции кальций регулирующих гормонов у больных НЯК. Под наблюдением находилось 80 больных НЯК в стадии обострения. Мужчин было - 49, женщин - 31. Возраст больных колебался от 16 до 64 лет. Давность заболевания была от 8 месяцев до 13 лет. Контрольную группу составили 25 здоровых лиц в возрасте от 18 до 54 лет.

Содержание гормонов в крови изучалось радиоиммунологическим методом до и в конце лечения. Определение концентрации гормонов в крови производили с использованием стандартных наборов фирм "Вук-Mallinckrodt" (ФРГ).

Диагноз НЯК ставился на основании характерной клиники, данных ректороманоскопии, колоноскопии, ирригоскопии и лабораторных исследований.

В лечение больных включалась безмолочная диета, сульфосалазин, салазопиридазин, стероидные гормоны, иммунодепрессанты, антигистаминные и ферментные препараты, витамины и лечебные микроклизмы.

Из 80 обследованных больных у 28 наблюдалась легкая форма заболевания, у 42 - средне-тяжелая и у 10 - тяжелая форма.

К легкой форме заболевания мы отнесли 28 больных, у которых были жалобы на жидкий стул с примесью крови и слизи 4-5 раз в сутки, тупые боли в левой части живота. При объективном исследовании общее состояние больных было нарушено незначительно. При ректороманоскопическом и фиброколоноскопическом исследованиях при минимальной степени активности процесса имелась небольшая отечность слизистой, гиперемия, отсутствие сосудистого рисунка, незначительная контактная кровоточивость. Сама слизистая оболочка выглядела бледной, мелкозернистой, с петехиальными подслизистыми кровоизлияниями.

К группе больных со средней тяжестью заболевания были отнесены 42 человека с более выраженной клинической картиной заболевания (частота акта дефекации от 10 до 15 раз в сутки с значительным количеством крови, гноя и слизи в кале, резкие боли в животе, анемия). При умеренной степени активности НЯК эндоскопически выявляется отсутствие сосудистого рисунка, выраженная отечность слизистой оболочки, утолщение и уплощение складок. Слизистая оболочка не имела блеска и влажности, наблюдалась выраженная гиперемия и контактная кровоточивость. На слизистой оболочке встречались петехиальные и сильные кровоизлияния, эрозии и поверхностные изъязвления. На стенках кишки определялись наложения гноя, слизи, крови.

У больных с тяжелым течением заболевания (10 человек) были сильные схваткообразные боли в животе, частые (20 раз в сутки) обильные кровянистые выделения, тенезмы, рвота, высокая температура, явления обезвоживания организма, резкое повышение СО<sub>2</sub>. Эндоскопически в слизистой оболочке выявлена выраженная диффузная кровоточивость с фибринозно-гнойным налетом, множественные эрозии, псевдополипы. Язвы были различной величины и формы, без признаков эпителизации.

**РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ.** Результаты наших исследований показали, что концентрация кальция у больных НЯК изменилась в зависимости от тяжести течения: при легкой форме заболевания уровень кальция не отличался от аналогичного показателя у контрольных лиц. При средне-тяжелой форме его уровень несколько снижался ( $p > 0,05$ ), при тяжелой же форме содержание Са было значительным ( $p < 0,01$ ). Средняя концентрация фосфора у больных мало отличалась от данных здоровых лиц, только у двух больных с тяжелым течением НЯК уровень фосфора превышал 1,34 ммоль/л.

Исследование концентрации кальцитонина в сыворотке крови показало, что показатель этого гормона не подвергался заметным изменениям. Содержание же паратгормона в сыворотке крови колебалось в зависимости от тяжести течения НЯК: у больных с тяжелой формой заболевания уровень паратгормона в 2 раза был выше контрольной группы ( $p < 0,01$ ). Заметным было увеличение концентрации паратгормона и при средне-тяжелом течении НЯК ( $p < 0,05$ ).

Анализируя влияние продолжительности течения НЯК на изученные показатели, отмечено, что давность заболевания заметного влияния на концентрацию кальция, фосфора и кальцитонина не оказывает. Выявлены определенные изменения концентрации паратгормона в зависимости от длительности НЯК: если уровень гормона у больных с продолжительностью заболевания до 5 лет равнялся  $5,1 \pm 0,4$  ммоль/л, то у людей с продолжительностью от 6 до 13 лет этот показатель был выше ( $6,7 \pm 0,4$  ммоль/л.;  $p < 0,05$ ).

Определенный интерес представляло исследование влияния продолжительности гормонотерапии на показатели кальциево-фосфорного обмена и на концентрацию гормонов. Выявлено, что у больных, получавших глюкокортикостероидные гормоны продолжительное время (6 месяцев и более), все изученные показатели (за исключением фосфора) подвергались заметным изменениям: так, уровни кальция и кальцитонина снижались до  $2,14 \pm 0,05$  ммоль/л и  $20,3 \pm 3,1$  ммоль/л, соответственно. Концентрация же паратгормона повышалась до  $6,9 \pm 0,4$  ммоль/л. Те же показатели у больных, получавших гормональные препараты периодически, соответственно, составляли  $2,23 \pm 0,01$  ммоль ( $p < 0,05$ ),  $24,0 \pm 3,5$  ммоль/л ( $p < 0,05$ ),  $6,9 \pm 0,4$  ммоль/л ( $p < 0,01$ ). После проведенного курса лечения наблюдалась положительная динамика изученных показателей. Повышенный уровень паратгормона несколько снижался от  $6,7 \pm 0,4$  ммоль/л до лечения и до  $5,3 \pm 0,5$  ммоль/л после лечения, но до нормы не доходил ( $p < 0,05$ ).

НЯК - тяжелое заболевание, протекающее с поражением не только толстого кишечника, но и частым вовлечением в патологический процесс других органов и систем [2, 3, 5].

По мнению некоторых авторов, у больных НЯК в костной системе происходят изменения, причина которых остается неизвестной. Кроме того, при НЯК основным препаратом терапии являются глюкокортикостероиды. Известно, что применение глюкокортикостероидных препаратов (а иногда даже непродолжительная терапия ими) может привести к нарушению секреции гормонов, регулирующих минеральный обмен [1, 4]. Результаты наших исследований показали, что у больных НЯК из гормонов, участвующих в регуляции кальциевого обмена,



заметно изменяется концентрация паратгормона, причем, наиболее выраженные изменения содержания этого гормона имеют место у больных тяжелым и средне-тяжелым течением НЯК. У больных с тяжелым течением заболевания наблюдалось и снижение концентрации кальция в сыворотке крови. С удлинением продолжительности заболевания концентрация паратгормона несколько повышалась. Выявлено заметное влияние продолжительности лечения глюкокортикостероидами на изученные показатели. Под влиянием продолжительного лечения глюкокортикостероидами происходит заметное снижение концентрации кальция и кальцитонина и повышение уровня паратгормона.

Таким образом, у больных НЯК наблюдается повышение концентрации паратгормона, что указывает на развитие вторичного гиперпаратиреозидизма. Применение глюкокортикостероидных препаратов приводит к нарушению секреции кальцитонина и паратгормона. Все вышеуказанное свидетельствует о наличии изменений в секреции кальций регулирующих гормонов у больных НЯК. Это обстоятельство обосновывает необходимость назначения соответствующих корректирующих препаратов.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Ахундов С.Н. Фосфорно-кальциевый обмен и его регуляция при стероидозависимой бронхиальной астме. - Автореф.дисс... канд. мед.наук. Баку, 1986;
2. Исаев Э.Г. Функциональное состояние печени, желчевыводящих путей и поджелудочной железы у больных неспецифическим язвенным колитом. - Автореф. дисс... канд.мед.наук. Баку, 1984;
3. Сыровацкая Э.П. Неспецифический язвенный колит. -Автореф.дисс... канд. мед.наук. Владивосток, 1975, 28 с.;
4. Чучалин А.Г.- Тер.архив, 1987, N.2. с.121-127;
5. Gidayatov A. et al.- Gut, 1995, v.4, p.132-136;
6. Jahnsen J. et al.-Ibid., 1997, v.3, p.313-319;
7. Silvennoinen J.- J.Intern.Medicine, 1996, v.2, p.131-137.

#### Summary

#### CALCIUM METABOLISM IN PATIENTS WITH NONSPECIFIC COLITIS GRAVIS

E.G.Isayev

In the article are showed results of calcium metabolism in 80 patients with nonspecific colitis gravis.

\*

#### SOME ASPECTS OF TREATMENT DESTRUCTIVE LUNG TUBERCULOSIS IN COMBINATION WITH TUBERCULOSIS BRONCHI LESION

E.N.Mamedbekov

Azerbaijan institute of phisician's improvement named ofter A.Aliyev

The purpose of the present work was the study of an opportunity to increases efficiency and reduction of treatment terms in patients with destructive forms of lung tuberculosis with combined application in complex therapy immunomodulators, low-intensity laser irradiation and hydrocortisone phonophoresis.

Our clinical research are based on treatment 250 paitents with for the first time revealed destructive lung tuberculosis in therapeutic departments of the Pulmonology and Phthisiatry Research Institute of the Azerbaijan Republic and Central Phthisiatry Dispensary N.1 Baku.

For an estimation of efficiency of various methods complex, combined treatment the patients with for the first time revealed destructive lung tuberculosis were divided by randomization method on 5 groups: 1-I group 50 patients, to which on a background of antibacterical therapy (ABT) was administered endobronchial irradiation with the helium-neon laser as endobronchial laser-therapy (ELT); 2-I group - 50 patients, in which complex therapy included ABT and ELT in a combination with immunomodulators (IM). As last was used thymalin. 3-I group - 50 patients in which alongside with ABT was used combined application of IM and hydrocortisone phonophoresis (HCPP) on lesion area; 4-I group - 50 patients, in which complex therapy on an ABT background include ELT and IM with the subsequent HCPP aplication; 5-I group - 50 patients, in which complex therapy, alongside with ABT include IM.

The study results have shown, that contrary to traditional presence of bronchi tuberculosis clinically may be without cough paroxysms and phlegm clearance. This fact it is necessary to be considered with inspection of the patients, because cough paroxysms and phlegm clearance are considered obligatory symptoms in bronchi lesion. In our opinion absence of these symptoms is explained by infringement of bronchi drainage in result mucous edema and cork formation, obturating bronchi. Significant divergences data given by other authors with the our results

about frequency of tubercular bronchi lesion in our opinion are connected that, data, resulted by them, concern as the clinical forms proceeding with the destructive and without destructive changes. It is essential has an effect for frequency of a tubercular bronchi lesion. With combined tubercular and unspecific bronchi lesions diffuse inflammatory changes characteristic for non-specific endobronchitis prevailed and very much complicated, and sometimes completely shadows endoscopic



picture of tubercular processe. Only after effective treatment of unspecific endobronchitis with repeated bronchoscopy it was possible with confidence to determine a specific bronchi lesion.

Results of our study condition of general and local immunity in patients with for the first time revealed destructive tuberculosis have demonstrated, that with destructive tuberculosis in combination to a specific bronchi lesion are marked the changes in parameters not only of general, but also in local immunity.

The most characteristic changes in total immunity were reduction of total number of T-lymphocytes, reduction of the T-helpers/T-suppressors ratio, decrease of a lymphocytes and neutrophiles functional activity, increase of a B- lymphocytes percentage, increase in blood IgG, IgM, IgA concentration. By the most characteristic changes in local immunity, estimated on BALL cellular elements structure was a sharp increase the numbers of cells in unit of volume. Other shanges were, similar, by those, revealed in peripheral blood.

In disseminated processes expressivity of changes in general and local immunity was appreciably high, in comparison with analogous changes, marked in patients with limited process. In the same time, the correction of these changes was expedient in both cases.

In a complex results of the described supervision has allowed us to make a conclusion that tuberculous infection is capable negatively influence not only on immunity as a whole, but also cellular elements, ensuring natural antitumoral resistance (NAR).

It is necessary, also, especially to emphasize high informativity of reduction ADA activity both in lymphocytes and peripheral blood; and BALL as the high-quality marker of the immunological insufficiency.

Estimating our results it is necessary to note the presence in patients with the for the first time revealed destructive lung tuberculosis in a combination to a bronchi tuberculosis immunological changes with the distinct tendency to formation immune system deficiency both in cellular and humoral links, requiring immunocorrection.

From the immunological point of view the patients, incorporated in the various groups before the beginning of treatment, essentially did not differ, but the dynamics of immune status parameters was various in observable groups and also depends on a way of the performed treatment. Therefore essential moment of the analysis, performed by us, was the comparing clinical efficiency of compared methods with the immunological parameters changes in all patients within the limits of each group.

At the same time, it is necessary to note, that despite of the absolute immunological parameters change, the significant difference was found out between initial and final parameters. Therefore with dynamic comparison, more inormative results of the high-sensitivity immunobiochemical test - estimation of ADA activity in immunocytes, considered as the integral arameter of maturity and functional activity these cells.

So, in the I group in process of increase terms of treatment was marked positive dynamics of parameters both in total and local immunity. However signs of the local immunity stimulation were more demonstrative, especially ADA activity. Positive dynamics of the immunological parameters, especially in local immunity a little outstriped clinical effect development, that on all visibility, served as favorable prognostic sign.

In the II group positive changes in general and local immunity in dynamics were more expressed than in the I group and the distinctions between these parameters practically were absent. Given fact was well coordinated with the results of an estimation treatment efficiency, preceding them. In our opinion, synchronous influence on parts of general and local immunity by laser radiation and immunomodulators has appeared most harmonious, and had synergism of action.

The similar results were marked in the IV group. In that time, just in this group were received the best parameters of treatment efficiency. The successive application of the ELT, IM and HCPP has appeared optimum in our research.

Other picture was marked in the III group, in which initial immunological status was most favorable. By that not less dynamic changes of parameters have demonstrated slower restoration of local immunity, and also less efficiency of treatment among I-IV groups. Is obvious, that slow dynamics of the immune status normalization was connected to absence of stimulation local immunity and possible immunosuppressive action of hydrocortisone.

The results received in V group (control) were least encouraging both concerning immune status changes and efficiency of treatment. By all, similar picture has developed because of absence endobronchial influence on pathological process.

Comparing clinico-immunological parameters of the patients in dependence on a way of treatment, we came to the conclusion, that in conditions of pathomorphosis a combination of destructive lung tuberculosis with specific bronchi lesion requires the serious attitude to a problem of bronchial pathology, essentially burdening course of pulmonar process and consequently, requiring for special methods of treatments.

Confirmation of the given situation is that patients treatment in control group without application onto bronchial process was least effective. On our opinion application ABT+IM in patients with disseminated destructive lung tuberculosis in combination with infiltrative-exudative bronchi is defective. It necessary to note, that the efficiency of treatment also depend on a dissemination degree in lungs and bronchi and, in particular, on cavern size.



The indications for application IM+HCPP in complex therapy we consider: presence of limited lung tuberculosis in a combination with specific endobronchitis. But, contra-indication is the presence in patients with disseminated lung tuberculosis in a combination with infiltrative-exudative bronchi tuberculosis.

At the same time, at a part of patients, suffering from disseminated destructive lung tuberculosis in a combination to a bronchi tuberculosis the IM+HCPP can be a method of a choice in cases, when the cavern sizes do not reach 5cm, and tubercular bronchi lesion does not carry expressed character.

----- \* -----

### К РЕНТГЕНОДИАГНОСТИКЕ И РЕНТГЕНОТЕРАПИИ ФЛЕБОЛИТОВ СТОПЫ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

Р.Н.Рагимов, Ш.М.Бейбутов, С.Г.Алиев, Т.Т.Асланов, Н.Г.Кулиева  
Национальный центр онкологии, г.Баку

Основу обызвествлений в тканях организма человека составляют соли кальция, отложения которых в тканях и сосудах известны под названием обызвествлений, петрификаций, флеболитов, камней. В тканях и тканевых жидкостях они находятся в виде окиси кальция (извести). Как известно, при патологических формах обызвествления тканей и органов нарушается их функция [3]. Если раньше окостенения в тканях и органах чаще выявлялись при аутопсии, то со времени открытия рентгеновских лучей обызвествления и гетерогенные окостенения стали часто выявляться во время рентгенологических исследований. Это обусловлено сравнительно большим атомным весом кальция - 40,08.

Относительно механизма возникновения обызвествлений или флеболитов среди исследователей имеются большие разногласия [5]. Этиология их сложна и многогранна: травмы, воспалительные процессы, нарушения обмена веществ, дегенеративные процессы, паразитарные и пр.

В механизме этих изменений при тяжелой форме сахарного диабета, возможно, большую роль играет местное проявление общего заболевания [8,10]. При характерных для этого заболевания нарушениях липидного обмена в просвете сосудов скапливается кашицеобразная холестеринно-белковая масса. В дальнейшем развивается атеросклеротический процесс, который заканчивается обызвествлением стенки сосудов [1,2,4,9]. Интересно отметить, что недостаточное кровоснабжение органов и тканей также приводит к образованию обызвествлений. Так, Руссум и Хилл экспериментально получили обызвествление стенок желчного пузыря при перевязке пузырьной артерии и закупорке выводного протока. Аналогичная картина наблюдалась в опытах с выключением сосудов в почках [5,11].

Механизм образования флеболитов в организме человека отличается рядом особенностей в зависимости от условий появления обызвествлений [1,2]. Флеболиты обычно организуются в полостных органах и сосудах. Они имеют сложную архитектуру и не преобразуются в костную структуру. Флеболиты содержат большое количество солей кальция и легко уловимы при рентгенологическом исследовании. Они встречаются в виде ограниченных одиночных округлых теней обызвествлений или множественных образований, наиболее часто - в венах тазовых органов у женщин. Возможно, важную роль в этом играет застой в венозной системе во время беременности.

В отличие от флеболитов, при обызвествлениях артериальных сосудов склеротический процесс, в основном, происходит в стенке артерий, а не в полости их. Практически, обызвествления в стенках венозных сосудов встречаются исключительно редко [12, 14].

Если огромную роль при обызвествлениях играет нарушение липидного обмена, то в формировании флеболитов, кроме того, имеют место и другие факторы. Наиболее часто флеболитом поражаются сосуды нижних конечностей. Этот факт находит свое объяснение в замедлении тока крови в венах нижних конечностей при поражении клапанов вен и ретроградном токе крови. По данным литературы, чаще поражается левая нижняя конечность, что объясняется врожденным недоразвитием венозной сети этой стороны.

Обычно больные, страдающие сосудистой патологией в области стопы, жалуются на боль, припухлость, субфебрилитет и хромоту. Эти явления обостряются при ходьбе, что заставляет клинициста подозревать начало воспалительного или дегенеративного процесса в суставах. При установлении диагноза, кроме других функциональных исследований, чрезвычайно важное значение имеют рентгенограммы стопы.

Под нашим наблюдением находилось 5 больных сахарным диабетом.

НАБЛЮДЕНИЕ: больной Г.Т., 53 лет, амб. карта N.В 3175. Был направлен из приемного отделения Национального центра онкологии МЗ Азерб.Республики с диагнозом: артрозо-артрит левой стопы. Больной страдает тяжелой формой диабета (сахар в крови 16 ммоль/л). Жалобы: на боль, припухлость, боли и хромоту при ходьбе в левой стопе. На ощупь тыльная поверхность левой стопы бугристая. На произведенной обзорной рентгенограмме определяются местами округлые, неравномерно расположенные, местами лентовидные тени

в области средней трети предплюсневых костей левой стопы (между суставами Шапорта и Лисфранка). При внимательном осмотре рентгенограмм определяются еще менее интенсивные, округлой формы тени в виде гирлянды, идущей в сторону пальцев стопы. Однако, описанная картина обызвествлений вызвала большие сомнения о природе происхождения этих тенеобразований.



Вопросы о природе происхождения обызвествлений вокруг суставов возбуждают споры среди исследователей. С.А. Рейнберг (1955) рассматривает их как элементы костной ткани, а другие исследователи - связывают с трансформацией мышечной ткани [8, 13].

Анализ рентгенограмм дает нам основание предполагать, что видимые вышеописанные тени являются внутрисосудистыми образованиями. Для уточнения топографо-анатомического расположения обызвествлений требовалось производить рентгенограммы стопы в различных, взаимоперпендикулярных проекциях. На произведенных рентгенограммах в 2-х проекциях выяснилось, что тени выходят за пределы костей стопы и являются внутрисосудистыми обызвествлениями в виде флебитов.

Так, форма и механизм образования флеболитов отличаются от обызвествлений другого рода рядом особенностей.

Как указывается в литературе, обызвествления в артериальных сосудах рентгенологически представляются в виде четких, параллельных прерывистых линий, испещренных пятен, черточек. На рентгенограммах в наших наблюдениях все патологические тенеобразования стопы (флеболиты) соответствуют топографо-анатомическому расположению венозной дуги тыльной поверхности левой стопы [7].

Исходя из вышеизложенного, можно сделать заключение, что при тяжелом сахарном диабете на фоне нарушения липидного обмена в сердечно-сосудистой системе возникает атеросклеротический процесс, который обуславливает застойные явления в артерио-венозной сети нижней конечности. При этом, создаются благоприятные условия для расширения вен и организации флеболитов. Последние являются главной причиной грубого нарушения питания тканей пальцев стопы, приводящей к тяжелому последствию - гангрене. Флеболиты часто являются этиологическими факторами тромбофлебитов нижней конечности больных сахарным диабетом.

Принципиально важными представляются вопросы о лечении тромбофлебитов нижних конечностей больных сахарным диабетом, которые недостаточно освещены в отечественной литературе. Обычно при такой патологии применяются различные методы лечения (симптоматическое, хирургическое, рентгенотерапия и др.).

Несмотря на достигнутый за последние годы прогресс в лечении тромбофлебитов, используемые многочисленные методы (антикоагулянты, антибиотики, противовоспалительные средства, физиотерапия, блокада симпатических узлов, хирургические вмешательства и пр.) далеко не всегда приводят к стойкому излечению. Поэтому рентгенотерапия при тромбофлебитах остается одним из эффективных методов лечения.

При тромбофлебитах рентгенотерапия начала применяться уже в первые десятилетия после открытия рентгеновских лучей.

В последующем лучевой метод лечения тромбофлебитов получил широкое распространение [6, 7].

Согласно единодушному мнению известных авторов, рентгенотерапия при тромбофлебитах признается одним из высокоэффективных способов лечения, обеспечивающих у 80-90% больных положительные непосредственные и отдаленные результаты.

Высокий лечебный эффект рентгенотерапии при тромбофлебитах обусловлен следующими факторами: оказывает выраженное противовоспалительное действие, предотвращает дальнейший рост тромбов, препятствует развитию более обширных повреждений стенок венозных сосудов. При остром тромбофлебите в результате лучевого воздействия уже через 1-2 дня снижается температура тела, утихают боли, нормализуется цвет кожных покровов, а после окончания лечения обычно ликвидируются основные проявления болезни.

При хронических формах тромбофлебитов обратное развитие болезненных проявлений происходит медленнее, на протяжении более длительного срока, поэтому в ряде случаев через 1,5-2 мес. рентгенотерапию приходится повторять.

Рентгенотерапия при тромбофлебитах применяется в самостоятельном виде и в комбинации с медикаментозным лечением. Методика рентгенотерапии избирается в зависимости от формы, локализации и распространенности заболевания. В связи с тем, что при тромбофлебите конечности возникает необходимость облучать большие объемы мягких тканей, так как часто поражаются и поверхностные и глубокие вены, используется ортовольтная рентгенотерапия. Облучают пораженные участки на всем протяжении измененных сосудов. Так, если при тромбофлебите поверхностно расположенных сосудов используется 1-2 поля облучения, то при поражениях глубоких вен облучение проводится с 2-4 полей. Размеры полей облучения колеблются в пределах 8x10-10x15 см. Разовые и суммарные дозы излучения назначаются в зависимости от формы тромбофлебита (острая, подострая, хроническая) и отличаются у различных авторов в незначительных пределах. Имеются разные мнения в вопросе об интервалах между сеансами лучевой терапии, однако, существуют общепринятые радиобиологические постулаты, которых придерживаются все специалисты.

При острых и подострых стадиях заболевания разовые и суммарные дозы колеблются в пределах 0,15-0,3 Гр., с интервалами между сеансами облучения в 1-2 дня или разовыми дозами 0,5-0,75 Гр., при интервалах 4-5 дней. При хронических формах используются высокие дозы: 0,3-0,4 Гр., при интервале 48 часов; 0,5-1,0 Гр. с интервалом в 5 дней. Суммарные терапевтические дозы при рентгенотерапии тромбофлебитов зависят от формы заболевания и динамики патологического процесса во время лечения: при острых и подострых формах они находятся в диапазоне 0,5-2,5 Гр., при хронических - 2,0-5,0 Гр.

Во время лучевой терапии в начале курса иногда возможно кратковременное обострение процесса, однако, это не должно служить основанием для прекращения рентгенотерапии. Окончательный эффект лучевой терапии определяется на протяжении 2-4 недель после окончания сеансов облучения.

Осложнений при рентгенотерапии тромбофлебитов не наблюдалось. Больному следует соблюдать специальный режим. При острых и подострых формах рекомендуется стационарное лечение, при хронических - возможно амбулаторное лечение, однако, при этом, конечности необходимо максимально щадить (горизонтальное положение, ограничение в ходьбе и т.д.). Дополнительно к



лучевой терапии назначаются антикоагулянты, антибиотики и, при наличии показаний, другие медикаментозные средства.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Абрикосов А.И., Струков А.И. - Патологическая анатомия, М., 1954, ч. II, с. 279-281;
2. Аничков Н.Н. - В кн.: Абрикосов А.И. Частная патологическая анатомия, 1940;
3. Беньяминович М.М. - Вест. рентгенол. и радиол., 1954, N. 3, с. 19-22;
4. Гриневиц Д.А. - Врачебное дело, 1936, N. 5, с. 23;
5. Дьяченко В.А. Рентгенодиагностика обызвествлений. М., 1960, 226 с.;
6. Подляшук Л.Д. Рентгенотерапия. М., 1957, с. 86-87;
7. Кирковский А.Н., Дударев А.Л. Лучевая терапия неопухолевых заболеваний. М., 1977, с. 82-88;
8. Рейнберг С.А. Рентгенодиагностика заболеваний костей и суставов. М., 1955, т. 1, с. 376-377;
9. Синельников Р.Д. Атлас анатомии человека. М., 1963, т. II, с. 361-379;
10. Чистович Н.Я. Курс частной патологии и терапии внутренних болезней. М.-Л.: ГИЗ, 1928, т. 1, с. 547-563.
11. Юлес М., Холло И. Диагностика и патофизиологические основы невроэндокринных заболеваний. Будапешт, 1963, с. 520-634;
12. Anderson E., Lond J. Effect of Hyperglycemia on insulin secretion. ...;
13. Vangham, Sosman and Kinney. Nephrocalcinosis. - Am. J. Röntg. a Rad. Ther., 1947, p. 38;
14. Pfeiffer Seige. Differential diagnose Speichel steine and phlebolit hen in Wangen bereich. - Radiol. Clin., 1953, p. 22.

#### Summary

#### CONCERNING X-RAY DIAGNOSTICS AND X-RAY THERAPY OF PLANTAR PHLEBITIS IN PATIENTS WITH DIABETS

R.N. Ragimov, S.M. Beybutov, S.G. Aliyev, T.T. Aslanov, N.G. Kuliyeva

In the article described methods of X-ray diagnosis and therapy in patients with phleboliths combined with diabetes mellitus.

---

#### СОСТОЯНИЕ КЛЕТОЧНОГО ИММУНИТЕТА ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ СОРБЕНТОТЕРАПИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ФЛЕГМОНАМИ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ

О.С. Сеидбеков, Г.А. Асадов, Р.Г. Абышов  
Азербайджанский институт усовершенствования врачей  
им. А. Алиева, г. Баку

В последнее время одной из актуальных проблем современной челюстно-лицевой хирургии остается лечение острых гнойных воспалительных заболеваний. По данным разных авторов, частота случаев прогрессирующего течения гнойных заболеваний составляет 3-28% [1, 2]. Смертность при распространенных флегмонах составляет от 28 до 50%, а при внутричерепных осложнениях, медиастените, сепсисе - от 34 до 90% [3, 4].

В связи с этим главной задачей в хирургической стоматологии является профилактика, диагностика и патогенетически обоснованное лечение распространенных гнойно-воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области (ЧЛО).

Основной задачей нашего исследования является изучение состояния клеточного иммунитета и сопоставление этих данных с клинической картиной заболевания с целью определения эффективности различных методов лечения флегмон ЧЛО.

Исследованных нами больных, составляющих 63 человека, мы разделили на 2 группы: I группу (контрольную) составило 30 больных, которым мы проводили только традиционное лечение, а II группу составили 33 больных, которым наряду с традиционным лечением одновременно проводилась сорбентотерапия и прерывистое отсасывание гнойного экссудата.

Лечение флегмон в острой стадии заболевания при сформировавшемся гнойнике включало проведение хирургического вмешательства (с учетом анатомических особенностей и косметических соображений) для декомпрессии тканей, создания оттока гноя и экссудата с последующим дренированием раны резиновыми выпускниками (контрольная группа).

Методика использования полимерного сорбента в комплексном лечении флегмон ЧЛО заключалась в следующем: в операционную рану на всю ее глубину вводили специально изготовленный трубчатый полиэтиленовый уренат. Эти дренажи позволяли не только отсасывать экссудат, но и обеспечивали возможность промывания полости анти-



септическими растворами и последующее введение лекарственных веществ (антибиотиков, протеолитических ферментов). Одновременно с этим, в гнойный очаг вводили сорбент, завернутый в марлевые мешочки трубчатой формы, что позволяло дренировать его на всю глубину. Дренаж меняли 1 раз в сутки, на 2-3-й перевязке сорбент использовали в форме гидрогеля, приготовленного путем смешивания сухого препарата с водными растворами антисептиков фурацилина, диоксида в соотношении 1:5, 1:8. На повязку расходовали 3-5 г сорбента. Курс лечения обычно составлял 4-5 аппликаций. В наших исследованиях показатели клеточного иммунитета определялись в динамике заболевания на 1-е, 3-и, 7-е сутки у больных 2-х групп с флегмонами ЧЛО.

У больных контрольной группы на 1-е сутки отмечается снижение Ттр-лимфоцитов-хелперов в 1,7 раза ( $p < 0,001$ ) и Ттч-лимфоцитов-супрессоров в 1,3 раза ( $p < 0,025$ ), по сравнению с этими же показателями у практически здоровых лиц. На 7-е сутки показатель Ен-рок заметно увеличивался. Так, если после операции данный показатель составлял  $26,8 \pm 1,5\%$ , то на 7-е сутки он возрастал в 1,2 раза ( $p < 0,001$ ), не достигая значений у доноров.

В контрольной группе параллельно со снижением уровня Ен-рок существенно изменялась и способность нейтрофилов к фагоцитозу, инактивированных нагреванием дрожжевых клеток (Дн-фаг). На 1-е, 3-и, 7-е сутки Дн-фаг был снижен на  $8,3\%$  ( $p < 0,001$ ),  $12,5\%$  ( $p < 0,001$ ) и  $9,8\%$  ( $p < 0,001$ ), по сравнению с показателями у практически здоровых лиц.

Уровень НСТ-теста на 1-е сутки после операции превышал норму в 3,1 раза, на 7-й день он составлял  $28,8 \pm 1,4\%$  ( $p < 0,001$ ).

Характеризуя состояние некоторых исследованных нами факторов клеточного иммунитета у больных контрольной группы с флегмонами ЧЛО, следует отметить, что заболевание развивается на фоне снижения уровней циркулирующих в крови Ел-рок, Ттр-лимфоцитов-хелперов и Ттч-лимфоцитов-супрессоров и к 7-ым суткам нормализация уровней субпопуляций лимфоцитов не наступает. В то же время неспецифическая резистентность организма, по данным уровней Ен-рок и Дн-фаг, значительно угнетена и отличается от значений доноров, к 7-ым суткам активизируется, но не достигает величин показателей у практически здоровых лиц. Полученные данные свидетельствуют о снижении в периферической крови клеток иммунной системы у больных с флегмонами ЧЛО и показывают, что указанная патология развивается на фоне угнетения клеточных иммунных реакций [6].

Наши наблюдения показали, что на 1-е сутки после операции во II группе больных, получивших сорбентотерапию с прерывистым отсасыванием гнойного экссудата, был выявлен низкий уровень Т-лимфоцитов (Ел-рок), розеткообразующих нейтрофилов (Ен-рок), Ттр-лимфоцитов-хелперов, Ттч-лимфоцитов-супрессоров. Кроме того, определялась сниженная фагоцитарная активность нейтрофилов, а НСТ-тест характеризовал воспалительную активность.

На 3-и сутки после операции реакции иммунной системы активизировались. Отмечалось увеличение активности относительно 1-ых суток исследованных розеткообразующих клеток (Ел-рок, Ен-рок, Ттр-лимфоцитов-хелперов). При этом, функция нейтрофилов характеризовалась высоким уровнем активированных нейтрофилов периферической крови в НСТ-тесте ( $25,1 \pm 0,9\%$ ,  $p < 0,001$  при норме  $12,0 \pm 1,4\%$ ) с одновременным снижением способности к фагоцитозу до  $32,3 \pm 1,4\%$ ,  $p < 0,001$  при норме  $41 \pm 0,7\%$ ). Модулируя реакции иммунитета, сорбент оказывал стимулирующий эффект на розеткообразование Т-лимфоцитов, что мы и наблюдали на 3-е сутки после вскрытия гнойного очага и проведения сорбентотерапии с последующим отсасыванием гнойного экссудата.

Наряду с активацией иммунной защиты организма в этот период отмечалась положительная динамика и в клинической картине. Улучшалось общее состояние, снижалась температура, изменялся характер раневого отделяемого, снижался отек тканей [5].

На 7-е сутки уровни показателей клеточного иммунитета вновь снижались. Отмечалось уменьшение количества Т-лимфоцитов, Ен-рок, содержания в периферической крови Ттр-лимфоцитов-хелперов и некоторое уменьшение количества Ттч-лимфоцитов-супрессоров. Фагоцитарная активность нейтрофилов также снижалась и была ниже, чем на 1-е и 3-и сутки после операции.

Сорбентотерапия давала клинический эффект у всех больных, и к 7-ым суткам после операции рана покрывалась ярко-розовыми грануляциями с появлением краевой эпителизации. Кроме того, применение сорбентотерапии с прерывистым отсасыванием гнойного экссудата приводило к улучшению как клинического течения заболевания, так и к сокращению сроков нетрудоспособности.

Наши исследования показали, что гнойно-воспалительный процесс приводит к вторичному иммунодефициту, который следует относить к категории функциональных физиологических проявлений в результате усиленного расхода в организме клеточных элементов. Известно, что микробные тела и низкомолекулярные вещества в воспалительном очаге обладают иммунодепрессивным действием, но, поскольку данные вещества хорошо сорбируются из раны, этим можно объяснить наблюдаемое улучшение состояния больных в ближайшие несколько дней после операции.

На основании проведенных нами исследований было установлено, что, по сравнению с традиционным лечением, применение сорбентотерапии с прерывистым отсасыванием гнойного экссудата в комплексном лечении больных с флегмонами ЧЛО оказывало благоприятное влияние на клиническое течение, а исход заболевания предупреждал развитие тяжелых осложнений. Поэтому комплексное применение сорбентотерапии и прерывистого отсасывания гнойного экссудата может с успехом применяться при лечении флегмон челюстно-лицевой области.



1. Бажанов Н.Н. Воспалительные заболевания челюстно-лицевой области. М., 1985, с.286;
2. Бернадский Ю.Н. и др. Гнойная челюстно-лицевая хирургия. Киев, 1983, с.246;
3. Робустова Т.Г. и др. - Стоматология, 1995, N.1, с.31-33;
4. Воложин А.И. и др. - Там же, 1993, N.1, с.34-37;
5. Кочергина Л.Д. и др. - В кн: Кожная пластика в гнойной хирургии. М., 1990, с.25-26;
6. Понякина И.Д., Лебедев К.А. и др. - Лабор. дело, 1983, N.9, с. 49-51.

#### Summary

### Cellular immunity condition in patients with using sorbent-therapy in complex treatment maxillary-facial phlegmon

O.S.Seidbekov, G.A.Asadov, R.G.Abishev

In the present article is showed the efficiency of sorbent-therapy using during the maxillary-facial phlegmon therapy and also described cellular immunity condition.

\* -----

### КЕСАР КӘСИЈНӘ НИСБИ КӨСТӘРИШЛӘРИН ТЕЗЛИЈИ

С.һ.Исрафилбејли, П.М. Әлијева

Ә.Әлијев адына Азәрбајҗан һәкимләри Тәкмилләшдирмә Институту, Бақы ш.

Доғушун һәм ана, һәм да ушағ үчүн әлверишли баша чатмасыны тә"мин етмәкдә һәлледици рол ојнајан тибби мұдахиләләрден бири кесар кәсији әмәлијјатдыр. Бү әмәлијјатын тезлијинә көрә өлкәләр, һәтта ајры-ајры клиникалар бир-бириндән кәскин фәргләнирләр. Белә ки, АБШ-да әсримизин 80-чы илләриндә әввәлки 20 иллик мұддәтә көрә кесар кәсији әмәлијјатын тезлији 3 дәфә артарағ 15%-ә чатмышдыр [12]. Әлкәнин Дјун университетинин клиникасында исә бу кәстәричи 10 ил мұддәтиндә 14%-дән 24,8%-ә јүксәлмишдир [9]. Кесар кәсији әмәлијјатын тезлији франса (14,9%), Инкилтәрә (15,1%), Исвечрә (12,3%) кими инкишаф етмиш өлкәләрдә дә јүксәкдир [8, 15]. Алманијанын ајры-ајры перинатал мәркәзләриндә вә рајон доғум евләриндә бу кәстәричинин сәвијјәси мұвафиг оларағ 0,8-13,4% вә 2,6-6,7% тәрәддүд едир [16]. Румынијада бу мұдахиләнин тезлији нисбәтән аз олса да (4,97%), онун артма мејли мұшаһидә олунур [5]. Әдәбијјатда кесар кәсији әмәлијјатын тезлијинин артмасыны өсәссыз һесаб едән дәлилләр дә кәтирилир. Белә ки, АБШ-да Денвер һоспиталларын бириндә бу әмәлијјатын кәстәришләри мәһдүдләшдирәлмиш вә онун тезлији 4,3%-ә ендирилмишдир. Нәтичәдә перинатал хәстәликләрин вә өлүмүн артмасы мұшаһидә едилмәмишдир [13].

Азәрбајҗанда кесар кәсији әмәлијјаты хејли аз тәтбиг олунур вә онун тезлији орта һесабла 1,24% тәшкил едир [1]. Бунун сәбәбләри әдәбијјатда аз арашдырылмышдыр. Еһтимал етмәк олар ки, Азәрбајҗанда доған гадынлар арасында кесар кәсијинә кәстәришләр аздыр, ја да мөвчуд тибби тактика бу әмәлијјаты кениш истифадә етмәји мөгсәдәјәнлү һесаб етмир. Дејиләнләри нәзәрә аларағ биз Бақы вә Сумгајыт шәһәрләриндә кесар кәсији әмәлијјатына нисби кәстәришләрин тезлијини өјрәнмәји гаршымыза мөгсәд гојдуг.

**МЕТОДИКАЛАР ВӘ МАТЕРИАЛЛАР.** Тәдгигат үчүн материаллар Сумгајыт вә Бақы доғум евләринин архивләриндән кәтүрүлмүшдүр. Нәтичәләримизин репрезентативлијини тә"мин етмәк мөгсәди илә һәр доғум еви үзрә континентин 10%-и тәсадүфи сечмә методу илә тәдгигат үчүн ајрылмышдыр (чәми 12450 доғуш). Кесар кәсијинә нисби кәстәриши ола биләчәк патолокијалара һәмин доғум евләриндә апарылан әмәлијјатын фактики кәстәришләри илә јанашы әдәбијјатда әкс олунан кәстәричиләр дә дахил едилмишдир [2, 3, 4, 6, 7, 10, 11, 14, 17].

**ТӘДГИГАТЫН НӘТИЧӘЛӘРИ.** Мұшаһидәләримиз кәстәрир ки, доған гадынларын 30,4+-0,41%-дә бу вә дикәр сәбәбләр илә әлағәдар кесар кәсијинә нисби кәстәриш вардыр. Бу гадынларын һәр биринә орта һесабла 1,4 нисби кәстәриш дүшүр. Нәтичәдә кесар кәсији әмәлијјатына нисби кәстәришләрин мұшаһидә тезлији 42,5+-0,44% (һәр 100 доған гадына көрә) тәшкил едир. Кесар кәсијинә нисби кәстәришләрдән ән тез мұшаһидә олунан дәлјаны гишаларын вахтсыз јыртылмасы (20,0+-0,35%), доғуш фәалијјәтинин аномалијасы (9,0+-0,25%) вә нефропатијалардыр (8,5+-0,25%). Бу патолокијаларын үчү илә дә әлағәдар кесар кәсији илә доғушун битмәси хејли ашағы сәвијјәдәдир. Белә ки, бу патолокијалар олан һәр 1000 гадынын мұвафиг оларағ 5 (нефропатија), 7 (доғуш фәалијјәтинин аномалијасы) вә 16 (дәлјаны гишаларын вахтсыз јыртылмасы) нәфәриндә доғуш кесар кәсији илә баша чатмышдыр.

Кечикмиш доғушлар, чанағын I вә II дәрәчәли дарлығы, дәлүн дүзкүн олмајан вәзијјәти вә кәлиши, сифтин вә көбәк чијәсинин патолокијалары кими нисби кәстәришләр илә әлағәдар кесар кәсији әмәлијјатынын тезлији јүксәк дејил (мұвафиг оларағ 0,5; 1, 6;



2,4; 2,5; 3,0%). Абдоминал јолла доғушун апарылмасы өн чох ушағлығын чапығы илө өлагөдардыр. Бу патолокијасы олан һөр 1000 гадыннан 555 нөфөринин доғушу кесар кәсији илө баша чатыр.

Ушағлығын шишләри, јашлы гадынын илк доғушу, дөлүн бөтндахили гипоксијасы, чифтин ашағыда јерләшмәси илө өлагөдар ганахмалар вө узун мүддәтли сонсузлуг кими кәстәришләр нисбәтән тез кесар кәсијинә сәбәб олур. Ушағлығын шишләри истисна олунмагла бу тибби кәстәришләри олан һөр 100 гадынын 10-унда доғуш кесар кәсији илө баша чатыр.

МӘ"ЛУМАТЛАРЫН МУЗАКИРӘСИ. Кесар кәсијинә НК-рин тезлији барәдә бизим мә"луматлары өдәбијјатда кәтирилән мувафиг материалларла муғажисә етсәк, онлар арасында мүәјјән ујғунлуг изләмәк олар. Белә ки, мамалыг төчрүбәсиндә чанағын I вө II дәрәчәли дарлығы (0,5- 2,0%), дөлүн дүзкүн олмајан вәзијјәти вө кәлиши (3-4%), кечикмиш доғуш (0,9%-дән јухары), чифтин патолокијасы (2%) кими кәстәришләрин тезлији алдығымыз мә"луматлара чох јахындыр [1, 2, 3, 18]. Демәли, Азәрбајҗан фертил гадын популјасијасында һамилә вө доған гадынларда кесар кәсијинә НК-р башга популјасијалардан аз фәргләнир. Амма кесар кәсији өмәлијјатынын апарылмасы тезлији Азәрбајҗанда хејли ашағыдыр.

Бу мә"луматлар бир даһа сүбүт едир ки, Азәрбајҗанда кесар кәсији өмәлијјатыны апармаг үчүн бүтүн нисби кәстәришләр истифадә олунмур. Кесар кәсијинә нисби кәстәриши олан гадынларын бөјүк әксәријјәти (80%-дан чоху) тәбии јолла доғурлар. Белә ситуасијанын һәм ананын, һәм дө ушағын тәләјиндә ролу тибби-социал бахымдан дүзкүн гијмәтләндирилмәлидир. Бунун үчүн кесар кәсији апарылан гадынларын нисби кәстәриши олан гадынлара көрә нисбәти барәдә алдығымыз әмсаллар истифадә олуна биләр.

Һәмин әмсалларын өлчүсүнә көрә НК-ри шәрти олараг үч гисмә бөлмәк олар:

- әмсалын 1%-дан аз олмасы (нефропатија, доғуш фәалијјәтинин аномалијасы, кечикмиш доғушлар);

- әмсалын 1-9% арасында тәрәддүдү (дөлјаны гишаларын вахтсыз јыртылмасы, чанағын дарлығы, дөлүн дүзкүн олмајан вәзијјәти вө кәлиши, еифтин патолокијасы вө с.);

- әмсалын 10%-дан чох олмасы (ушағлығын чапығы, узунмүддәтли сонсузлуг вө с.).

Бу градасија өсасында группашдырылмыш гадынларда доғушун нәтичәләрини изләмәк кесар кәсијинә нисби кәстәришләри аз нәзәрә алмағын тибби-социал ролуну дөгитләшдирмәјә имкан верир.

Бунлары нәзәрә алараг әсаәс нәтичәләри кәстәрмәк олар:

1. Азәрбајҗанда фертил гадын популјасијасында доғуш заманы кесар кәсијинә НК-рин тезлији дикәр өлкәләрин мувафиг кәстәричисинә јахындыр вө 2. Кесар кәсији өмәлијјатынын нисбәтән аз тәтбигинин тибби-социал нәтичәләри елми арашдырылмалыдыр.

#### ӘДӘБИЈЈАТ

1. Агаев Ф.Б. Социально-гигиенические проблемы перинатологии.- Автореф. дисс.... докт. мед.наук. М., 1988, 35 с.; 2. Браун Дж, Диксон Г. Актенатальная охрана плода. М.:Наука, 1982, 510 с.; 3. Исрафилбейли С.Г. К вопросу о кесаревом сечении при относительных показаниях.- Автореф....канд.мед.наук. Баку,1960; 4. Чернуха Е.А. Перенашивание беременности. М., 1982, 192 с.; 5. Alessendresen D. et al.- Obstet. Gynecol., 1986, N.3, v.34, p.223-232; 6. Amirikia H. et al. - Amer.J.Obstet.Gynecol.,1981, N.1, v.140, p.81-90; 7. Barrier J.- Rev.Fran.Gynec., 1979, N.5, v.74, p.335-347; 8. Boisselier Ph. et al.- J.Gynecol.Obstet. Biol. Repred., 1987, N.2, v.16, p.251-260; 9. Hage M. et al. - Obstet.Gynecol.,1988, N.1, v.72, p.98-101; 10. Off W. - Ibid. 1981, N.6, v.58, p.691-695; 11. Peter J. et al.- Rev. Fran.Gynecol.Obstet., 1982, N.3, v.77, p.175-182; 12. Philipson E. et al. - Clin. Obstet.Gynec., 1985, N.4, v.28, p.691-696; 13. Porreco R. Obstet.Gynec., 1985, N.3, v.65, p.307-311; 14. Songane F. et al. - J.Perinat.Med., 1987, N.6, v.15, p.531-543; 15. Schneider H. et al. - Geburtshilfe Frauenheilkd., 1990, Bd.50, N.9, S.710-716; 16. Schulze G. et al.- Zbl. Gynakob., 1990, Bd.112, N.4, S.215-221; 17. Shiono P. et al. - Obstetr. Gynecol., 1987, N.5, v.69, p.696-700; 18. Tay S. et al. - J.Obstetr. Gynecol., 1986, N.1, v.1, p.35-39.

#### Summary

#### AN INCIDENCE OF THE RELATIVE INDICATIONS TO CESAREAN SECTION

S.G.Israfilbeili, P.M.Aliyeva

For the first time we studied an incidence of the relative indications to Cesarean section on the basis of analysis of the Large Statistical material (12450 deliveries).

We detrmind the real incedence of Cesarean section in 18 denominations of the relative indications.



## ЭФФЕКТИВНОСТЬ ГЕМОСОРБЦИИ В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ

Н.Р.Велиева, Д.Т.Мамедов, Д.Б.Гаджиев Азербайджанский  
медицинский университет им.Н.Нариманова;  
Токсикологический центр МЗ Азербайджанской Республики, г.Баку

В этиологии аллергических дерматозов основную роль играет воздействие экзогенных ксенобиотиков (химических и биологических), реже, эндогенных аллергенов (антигенные детерминанты микробных факторов из очагов хронической инфекции) [3, 6, 7]. Воздействие указанных гаптенов и антигенов вызывает защитные и патологические иммунные реакции, приводящие к развитию дерматозов, в патогенезе которых ведущую роль играет иммунное воспаление [10]. На роль нарушений иммунологической реактивности в патогенезе аллергических дерматозов указывают и другие авторы [1, 5, 8]. Сложность патогенеза аллергических дерматозов, а также малая эффективность рутинных методов терапии за последние десятилетия стимулируют поиск новых действенных методов терапии этих болезней. Среди них важное место занимает метод гемосорбции (ГС). Накопленный опыт применения ГС в терапии аллергических поражений кожи различной этиологии свидетельствует о его высокой эффективности [2, 4, 9].

Нами обследовано 20 больных атопическим дерматитом; из них 13 мужчин и 7 женщин, в возрасте от 18 до 49 лет. ГС проводили по методике, принятой в Азербайджанском Токсикологическом центре. Все больные были в активной фазе болезни. Клинически отмечались эритематозные, мокнущие элементы по всему телу, гиперемия, зуд. В этиологии АД принимали участие следующие факторы: медикаменты (препараты пенициллинового ряда, настойка йода, эссенциале), пищевые аллергены (цитрусовые, яйца, орехи).

Общее состояние - беспокойное, у ряда больных наблюдали сердцебиение и одышку. У некоторых больных отмечалось гнойное поражение кожи, протекающее по типу глубокого фолликулита.

У всех больных изучали следующие показатели иммунного статуса: определение количества Т- и В-лимфоцитов в реакции спонтанного розеткообразования (Jondal, 1972) в модификации Понякиной с соавт. (1983), сывороточных иммуноглобулинов методом радиальной иммунодиффузии в геле по Манчини (1965), уровня циркулирующих иммунных комплексов в сыворотке крови - по методу В.Гашковой с соавт. (1978) с фотометрированием на спектрофотометре СФ-26, сывороточный IgE определяли иммуноферментным методом. Тест восстановления нитросинего тетразолия (НСТ-тест) определяли по методу Park с соавт. (1968) в модификации А.Н.Маянского с соавт. Исследование влияния ГС на иммунный статус больных производили в различные сроки после ГС (после 1-ой процедуры, т.е. через два дня после поступления, и после 2-ой процедуры ГС, т.е. через неделю после поступления в стационар). Анализ результатов исследования показал, что после 1-го курса ГС (на третий день) не выявляются статистически значимые изменения в уровне Т-РОЛ и В-РОЛ, по сравнению с их значениями до ГС. Однако, после второй процедуры ГС (через неделю после поступления) отмечалось увеличение уровня Т-РОЛ ( $56,3\% \pm 2,2$ , по сравнению с показателями до ГС -  $45,3\% \pm 3,3$ ,  $p < 0,001$ ). Для В-РОЛ изменений не выявлено.

Исследование IgA, IgG и IgM до ГС после первого курса и после второго курса гемосорбции показало снижение уровня IgM и IgA после второго курса ( $149,4\% \text{ мг} \pm 4,2$  и  $182,2\% \pm 3,2 \text{ мг}\%$ ,  $p < 0,001$ , по сравнению с аналогичными показателями до ГС, соответственно). После второго курса ГС отмечено еще большее снижение IgA и IgM ( $139,4 \pm 4,2$  и  $178,0 \pm 4,0 \text{ мг}\%$ ), по сравнению с их показателями до ГС,  $p < 0,001$ , соответственно.

Изучение НСТ-теста показало его увеличение у обследованных после второго курса ГС ( $29,6 \pm 0,4\%$ ,  $p < 0,001$ , по сравнению с уровнем НСТ-теста до гемосорбции). Изменение в уровне ЦИК после ГС выявило значительное снижение этого показателя у больных спустя неделю (после второй процедуры) ( $2,4 \pm 0,4 \text{ е.о.п.}$ ,  $p < 0,001$ , по сравнению с показателем у больных до ГС).

После традиционного лечения нами отмечено достоверное снижение уровня IgA и IgM ( $180,6 \pm 4,1\%$  и  $129,2 \pm 2,7 \text{ мг}\%$ ,  $p < 0,001$ , по сравнению с их показателями до лечения, соответственно). Других изменений в указанные сроки не выявлено. Имеется лишь положительная динамика изменений иммунологических показателей, но статистически значимых результатов, кроме уменьшения уровня IgG, IgA и IgM, не было отмечено.

Таким образом, анализ иммунологического статуса больных АД после лечения методом ГС в комплексной терапии показал более благоприятный эффект при применении ГС, выражающийся в нормализации показателей Т-РОЛ, IgA, IgG, IgM, НСТ-теста, стимулированного и ЦИК.

Изучение клинических изменений также показало более благоприятный эффект ГС в терапии больных, при котором отмечен четкий регресс симптомов болезни в кратчайший срок (улучшение самочувствия, исчезновение гиперемии, зуда, эритематозных высыпаний и др.).

Следует отметить, что больные АД, в терапии которых применяли ГС, находились на стационарном лечении, в среднем, 10 дней, а при традиционной терапии этот срок составил, в среднем, 17 дней.

### ЛИТЕРАТУРА.

1. Антоньев А.А., Прохоренко В.И. - Вестн. дерматол. и венерол., 1995, N.2, с.20-22;
2. Даватдарова М.М. - Автореф. дисс... докт. мед. наук. М., 1991;
3. Кожевников П.В. Экзематозные реакции. Л., 1967;
4. Лопухин Ю.М. и др. - Вестн. дерматол. и венерол., 1980,



N.1, с.8-11; 5. Матушевская Е.В. и др.-Там же, 1986, N.8, с.10-13; 6. Скрипкин Ю.К. и др. Аллергические дерматозы. М., 1975; 7. Скрипкин Ю.Н. и др. - Там же, 1995, N.2, с.17-19; 8. Соломенко Э.Н. и др. - Вестн.дерматол. и венерол., 1982, N.9, с.8-12; 9. Фингер М.Г. и др. - Здравоохр.Киргизии, 1990, N.2, с.48-49; 10. Фролов К.П. и др. - Вестн.дерматол. и венерол.,1981, N.1, с.29-34.

#### Summary

### Hemosorbtion efficiency in complex therapy atopic dermatitis

N.R.Veliyeva, D.T.Mamedov, D.B.Gajiyev

Clinical and immunological data in patients with atopic dermatitis showed efficiency of hemosorbtion use in complex therapy of this disease.

### МИОКАРДЫН ГИПЕРТРОФИЈАСЫНЫН ЭКСПЕРИМЕНТАЛ ВАРИАНТЛАРЫНДА ҮРЭК ЭЗЭЛЭСИНДЭ ЛАКТАТДЕГИДРОКЕНАЗА АКТИВЛИЈИНИН ӨЈРЭНИЛМӘСИ

Ф.Г.Исламзадә, А.М. Әфендијев, М.Р.Гулијев, А.Н.Гарајев,  
К.А.Гулијев

Н.Нәриманов адына Азәрбајҗан тибб университети, Бақы ш.

Миокардын гипертрофијасы онун гиперфункцијасынын нәтиҗәси олуб, үрәјин чәкисинин өзәлә элементләри һесабына артмасы илә характеризә олуноур. Үрәјин јүксәк функционал кәркинлијә ујғунлашма реаксијасы олан гипертрофија бир тәрәфдән онун механики ишинин артмасына шәраит јарадыр, дикәр тәрәфдән исә үрәк өзәләсинин морфоложи вә функционал позулмаларынын әсасыны тәшкил едир. Облигат аероб үзв олан үрәјин енержи илә тә"мин олунамасында анаероб мүбадиләнин ролу бәјүк олмаса да, гликозилин блокадасы онун тәгәллүс функцијасынын дајанмасына сәбәб олуру [2]. Миокардын енержи метаболизминин мүһүм компоненти олан лактатдеһидрогеназа (ЛДһ) фермент системи 5 изоферментдән тәшкил олуноуб, гликолизлә Кребс дөвраны арасында әлағәни тә"мин едир. ЛДһ тетрамер ситозол ферменти олуб, 2 тип полипептид зәнчирдән - Н (Heart) вә М (Muscle) ибарәтдир. Н-зәнчир лактатын пируват васитәсилә карбон газы вә суја, М-зәнчир глүкозанын пируват васитәсилә лактата чеврилмәсини катализ едир [9]. Аероб мүбадиләнин үстүнлүк тәшкил етдији үзвләрдә, о чүмләдән үрәкдә ЛДһ1 вә ЛДһ2 үстүнлүк тәшкил едир [8]. Аутопсија материалына әсасән, сағлам шәхсләрин миокардында ЛДһ-ын локализасијасынын ситокимјәви үсулла тәдгиги вә онун изоферментләринин үрәкдаһили топографијасынын өјрәнилмәси функционал кәркинлик заманы үрәјин мүхтәлиф һиссәләриндә гликолизин интенсивлијинин ејни олмадығы ашқара чыхарылмышдыр [10].

**МАТЕРИАЛЛАР ВӘ МЕТОДЛАР.** Тәдгигат иши миокардын гипертрофијасынын 4 әсас экспериментал модели (аортанын коарктасијасы, спонтан гипертензијалы SHR (spontaneous hypertensive rats) сичовуларда миокард гипертрофијасы, L-тироксин кардиопатијасы вә изопротеренол јеридилмәклә индуксија олуноан гипертрофија) јарадылмыш 747 сичовул үзәриндә апарылмышдыр. Тохума һомокенизасија едилдикдән сонра рефрежератор центрифугада фырладылыр вә фермент активлији үчүн супернатант истифадә едилир. ЛДһ активлијини тә"јин етмәк үчүн спектрофотометрик үсулдан истифадә едилмишдыр [4].

**НӘТИҖӘЛӘР ВӘ МУЗАКИРӘ.** Аортанын гарын, дөш вә ја паракоронар шә"бәләриндә чәрраһи јолла даралма (коарктасија) јаратмагла сол мә"дәчикдә артериал тәзјигин артырылмасына әсасланан гипертрофија модели заманы стеноздан 2 ај сонра сичовуларын үрәјинин чәкиси 1517+-85 мг-а чатыр (нәзарәт һејванларында 1040+-42 мг). Бу модел инсанда кәскин гипертензијанын, мәмәчикли өзәлинин инфаркты вә травмасы заманы мејдана чыхан гүсурларын клиник аналогу һесаб едилә биләр [5]. Тәсвир едилән экспериментал модел заманы үрәк өзәләсиндә лактатдеһидрогеназанын үмүми активлијинин дәјишмәси мүшаһидә едилмир.

SHR сичовуларда спонтан гипертензијанын әсасында һүчәјрә мембранларынын зулал компонентинин чатышмазлыгынын кенетик дефекти дурур. Бу зүлал  $Na^+$  -  $Na^+$  антипорту үчүн чавабдәһ олуб, һүчәјрә даһилиндә  $Ca^{2+}$  мигдарынын тәнзиминдә иштирак едир. SHR сичовуларда дамардарын саја өзәлә һүчәјрәләринин ситоплазмасында  $Ca^{2+}$  гатылығынын артмасы онларын тонусун артмасына сәбәб олуру [1]. 10 һәфтәлик нормал сичовуларда үрәјин чәкиси бәдән чәкисинә нисбәтән азалдығы һалда, SHR сичовуларда артыр. 6, 12, вә 18 ајлыг SHR сичовуларын үрәјинин сол мә"дәчијинин чәкиси нормал сичовуларын кәстәричисиндән мүвафиг олараг 38%, 52%, вә 91% артыг олуру. SHR сичовуларда кенетик спонтан гипертензија инсанда биринчили (идиопатик) һипертонијанын клиник вариантынын модели һесаб едилә биләр. Спонтан гипертензија үмүми ЛДһ активлијинин 2 дәфә артмасы илә мүшајиәт едилир.



Мә"лум олдуғу кими [7], ган плазмасында тријодтиронинин вә ја тироксинин мигдарынын артмасы тәбии бета-адреномиметикләрин ән кичик дозасынын белә периферик дамарлары кәскин даралтмасына вә ган тәзјигинин артмасына сәбәб олур. Миокардда јаранмыш функцио-нал кәркинлик вә тироксинин мұвафиг гормонал ресепторлара бирбаша тә"сири миокардын гипертрофијасы илә нәтичәләнир. 30 күн мүддәтиндә һәр күн әзәлә дахилинә 1,75 мг/кг L-тироксин јеридилмиш тиреотоксикозлу һејванларда үрәјин чәкиси 1030+30 мг олур (нәзарәт групунда 885+38 мг). Миокардда ДНТ вә РНТ мигдарынын артмасы вә митохондриләрин биокенезинин сүр"әтләнмәси илә мұшајиәт олуан тироксин кардиопатијасы ЛДН активлијинин дејишмәсинә сәбәб олмур [3].

Симпатик синир уеларындан вә гандан үрәјә дахил олмуш катехоламинләрин артығы экспериментдә адреналин миокардити адландырылан патолокијанын инкишафында мұһүм рол ојнајыр. Симпатомиметик аминләрин зәдәләјиеи тә"сири онларын үрәк дамарларына дејил, кардиомиоситләрин алренеркик структурларына бирбаша тә"сири илә әлагәдардыр. Бу заман миокардда мұшаһидә едилән патобиологи еффеқтләр һәм алфа- һәм дә бета-адреноресепторларын ојанмасынын нәтичәсиндә ола биләр [6, 7]. 50 күн мүддәтиндә күнашыры дәриалтына 0,5 мг/кг дозада изопротеренол (изадрин) јеридилмәклә јарадылмыш "тәдричи" миокард гипертрофијасы заманы тәчрүбә һејванларынын үрәјинин чәкиси 1089+37 мг-а чатыр (нәзарәт групунда 879+27 мг). Катехоламин кардиопатијасы үрәк әзәләсиндә үмүми ЛДН активлијинин дејишмәси илә мұшајиәт олунмур.

Миокард гипертрофијасынын патокенези проблеминә һәср олунмуш әдәбијјат мә"луматынын анализи бу просеси индуксија етмиш етиологи аминин тәбиәтиндән асылы олмајараг үрәк әзәләсиндә молекулјар, биокимјәви, ситологи вә һистопатологи дејишиқликләрин мұәјјән ганунаујғунлугла инкишаф етдијини кәстәрир. Бүтүн һалларда тсиклик АМФ-дән асылы олан һүчәјрә тәнзими системинин активләшмәси мұхтәлиф РНТ нәвләринин синтезинин јүксәлмәси илә кедән кен активлијинин артмасы, зүлал синтез едән микроструктурларын биокенези, каталитик вә структур зүлалларын синтезинин сүр"әтләнмәси мұшаһидә едилир. Бу просесләр өзүнү митохондриләрин сајынын чохалмасы, миофибрилләрин диаметринин артмасы вә кардиомиоситләрин гипертрофијасы кими ситоморфологи әләмәтләрлә бирузә верир. Макросәвијјәдә кәстәрилән дејишиқләр өзүнү кардиопатологи просесләр вә ја һемодинамика шәраитинин дејишмәси нәтичәсиндә баш верән үрәјин үмүми чәкисинин артмасы илә кәстәрир.

Молекулјар вә патофизиологи дејишиқликләрин јухарыда тәсвир олуан ардычыллығы миокард гипертрофијасынын гәза мәрһәләси үчүн характерикдир. Нәвбәти, формалашмыш гипертрофија мәрһәләси гејд олуан дејишиқликләрин мұәјјән стационар сәвијјәдә сахланмасы илә характеризә олунур. Узун мүддәт бу вәзијјәтдә фәалијјәт кәстәрдиқдән сонра компенсатор имканларын түкәнмәси нәтичәсиндә миокард декомпенсација олунмуш вәзијјәтә кечә биләр.

#### ӘДӘБИЈЈАТ

1. Васильева Е.М., Зябкина А.Г. - *Вопр.мед. химии*, 1989, N.5, с.20-23;
2. Денисов В.М. - *Там же*, 1980, N.1, с.51-55;
3. Исламзаде Ф.Г., Азимова З.Я. - В кн.: *Мат-лы 2-й Респуб. биохимической конф.* Баку, 1993, с.34;
4. Конюхова Л.К. *Кинетические и иммунохимические свойства изоферментов лактатдегидрогеназы человека и методы их количественного определения.* - Автореф.дисс.... канд. биол. наук., М., 1982;
5. Меерсон Ф.З. *Компенсаторная гиперфункция и недостаточность сердца.* М., 1960, 258 с.;
6. Сергиенко О.В. *Морфологические закономерности развития катехоламиновых повреждений миокарда (экспериментальное исследование).* - Автореф.дисс.... канд. биол. наук. Киев, 1986;
7. Хехт А. *Введение в экспериментальные основы современной патологии сердечной мышцы.* М., 1975, с.503;
8. Fine J. et al. - *Biochemistry*, 1963, N.2, p.116-121;
9. Revis N. et al. - *Cardiovasc. Res.*, 1977, N.2, v.11, p.172-176;
10. Sylven C. et al. - *Acta. physiol. Scand.*, 1989, N.3, v.136, p.331-337.

#### Summary

#### MYOCARDIAL LACTATDEHYDROGENASE ACTIVITY DETERMINATION IN EXPERIMENTAL VARIANTS OF MYOCARDIAL HYPERTROPHY

F.G.Islamzade, A.M.Efendiyev, M.R.Guliyev, A.N.Garayev, K.A.Guliyev,

The article is devoted investigating of myocardial lactatedehydrogenase on experimental model of myocardial hypertrophy.



С.Н.Гусейнов, Л.А.Вайсберг Национальный центр онкологии, г.Баку;  
Московская медицинская академия им.И.М.Сеченова

В структуре заболеваемости в республиках СНГ бронхиальная астма занимает четвертое место [3, 4]. При этом, летальность имеет высокие показатели, особенно при астматическом статусе (АС) [2]. В странах Европы этот показатель достигает 8-10% [1].

Существование понятий "неуправляемая астма", "необратимая астма", высокая статистика летальности приводят к тому, что лечение больных АС и пограничных состояний стало тяжелой привилегией реаниматологов и бронхологов.

Наш опыт включает в себя результаты курации 144 больных с тяжелым течением бронхиальной астмы и АС в условиях реанимационного отделения. Больные с тяжелым АС сразу направлялись в отделение реанимации. Однако, 25% пациентов, побывавших в реанимации, первоначально были госпитализированы в пульмонологическое или общетерапевтическое отделения, и только там (постепенно или решительно) дошли до той кондиции, которая позволяла претендовать на реанимационную койку.

Настоящее сообщение имеет своей целью оценку эффективности использования бронхоскопического пособия - бронхиального лаважа (БЛ) при АС. Но, при этом, необходимо дать краткий анализ практического опыта применения рутинных методов терапии.

Регидратацию больных проводили 2-3-мя литрами жидкости, используя физраствор, раствор соды, гемодез, реополиглюкин, глюкозо-новокаиновую смесь, эпсилонаминокапроновую кислоту. Массивная регидратация вынуждала катетеризовать магистральные вены, однако, именно у астматиков на высоте статуса мы особенно опасались пункционного пневмоторакса и поэтому предпочитали катетеризацию бедренной вены.

Гемосорбция проведена 26 больным бронхиальной астмой, но ни разу - на высоте статуса. Сорбция была эффективна у 8 больных, у которых при бронхоскопии ранее не выявлена обтурация бронхов.

Перидуральная блокада использована в 4,8% случаев АС на уровне Т2-Т3. Катетер держали 1-3 дня с введением лидокаина или тримекаина (2% - 2-10 мин). Блокада устраняла бронхоспазм при отсутствии выраженной обтурации.

Фторотановый лечебный наркоз наиболее эффективен при нетяжелом астматическом приступе. Иногда приходилось проводить его длительное время, чтобы справиться с бронхоспазмом. Многодневный фторотановый наркоз, особенно при неустраненной гипоксии, оказывает выраженное гепатотоксическое действие, проявляющееся медикаментозным гепатитом. Насыщение больного фторотаном связывает врача в использовании адреналина и бета-стимуляторов. У больных часто возникают нарушения сердечного ритма. Многочасовой фторотановый наркоз особенно опасен тем, что, создавая иллюзию облегчения, но не устраняя обтурацию бронхов, ведет к "утрате темпа" курации больного. При попытке же прекратить ингаляцию фторотаном состояние пациентов имеет тенденцию к резкому ухудшению.

ИВЛ использована у 15% больных с гипоксической комой и продолжалась от 1 до 24 суток с целью снижения выраженности гиперкапнии и предупреждения развития тотального бронхоспазма. ИВЛ помогает дожить больным до того момента, когда начнет проявляться эффективность медикаментозного лечения (стероиды, ганглиоблокаторы, бронхо- и муколитики и т.д.), или до момента, когда можно провести БЛ. Проблема лишь в том, удастся ли "продышать" больного после интубации, каким окажется сопротивление вдоху? Опасность и в том, чтобы вскоре после начала ИВЛ не было резких гемодинамических нарушений - за счет быстрого вымывания углекислоты или затруднения венозного возврата крови.

Ни в малейшей степени не бросая тень на важность применения вышеуказанных реанимационных методов, обязательно используя средства традиционной терапии, мы все же отводим главное место в иерархии лечебных мероприятий тем из них, которые направлены на немедленное и надежное восстановление бронхиальной проходимости. В первую очередь, имея в виду бронхиальный лаваж. Под ним мы подразумеваем направленное, визуально контролируемое, по-сегментарное промывание бронхов большим объемом (до 1 литра) лечебного раствора (раствор фурагина с добавлением бронхолитических, бактериоцидных, муколитических, а при необходимости - гормональных препаратов).

При этом, жидкость в заблокированные бронхи нагнетается под давлением через направители с катетерами, а промывные воды тут же активно отсасываются. Вмешательство обязательно выполняется в условиях поднаркозной ригидной бронхоскопии с инъекционной ИВЛ.

По поводу пользы БЛ, его допустимости и опасности мнения полярно расходятся. Во-первых, из-за терминологической путаницы. Под названием "бронхиальный лаваж" объединяют и введение растворов через интубационную трубку, и фибробронхоскопические санации под местной анестезией, и фибробронхоскопии у "ИВЛ аппаратных больных", и промывание через ветвь двухпросветной трубки Карленса, и бронхоскопический лаваж по Тампсону, о котором, собственно, идет речь. Эти методы отличаются один от другого в той же степени, в какой "мытьё головы" от "головомойки".

Во-вторых, обсуждение возможностей метода правомерно, если БЛ выполняется профессионально бронхологом-эндоскопистом, обеспечивается нестандартное анестезиологическое прикрытие - дилетантское исполнение абсолютно неприемлемо для экстремальных ситуаций.

В наиболее серьезных руководствах по реаниматологии и пульмонологии о БЛ упоминается вскользь с акцентом на трудностях его исполнения.



У бронхиального лаважа есть явные противники, особенно среди клиницистов-терапевтов. Для радикальных отвергателей БЛ - это попытка внедрения приемов сантехники в медицину. Даже сама мысль о возможности механической очистки бронхов (хотя назначение БЛ этим не исчерпывается) кажется им кощунственной.

Известно, что основным морфологическим признаком бронхиальной астмы являются слизистые пробки - слепки, они перекрывают продольный просвет бронхов на их различном уровне. Признавая обструкцию бронхов, необходимо искать пути направленного, быстрого, непосредственного разрешения бронхиальной непроходимости. Признавая роль локальных изменений, необходимо применять также локальные воздействия.

По нашим данным, в 80% всех выполняемых БЛ (при астматическом статусе и вне его) в промывной жидкости были получены слепки, причем, в 20% выявлена максимальная обтурация. Бронхоскопическая терапия у всех больных, кроме одного, быстро разрешила АС. Бронхологическое лечение бронхиальной астмы тяжелого течения было успешным в 93% случаев.

Только при 20% бронхиальных лаважей была отмыта лишь вязкая слизь (а она ведь тоже является обтурирующим, спазмогенным аллергизирующим субстратом), либо ничего не было отмыто. Но даже в последней группе больных, где польза БЛ должна была представлять-ся сомнительной, бронхологическое лечение дало ближайший положительный результат в 58%. Обнаружение в промывной жидкости слепков - это миг истины, подтверждение правильности принятого решения по проведению БЛ. Если слепков нет, то это, напротив, не доказывает, что путь ошибочен. Слепки иногда начинали отходить через один-два часа после повторного выполнения БЛ. Восстановление бронхиальной проходимости при БЛ обеспечивается не только механическим удалением слепков. Направленным введением промывающего раствора увлажняется слизистая бронхов, непосредственно в зону бронхоспазма добавляются бронхолитики и бета-стимуляторы, обеспечивается контакт муколитиков с обтурирующим бронхи субстратом, в область воспаления подводятся антисептики и, при необходимости, -глюкокортикоиды и антибиотики.

В одном случае БЛ ухудшил состояние больного, что выразилось в усилении бронхоспазма и нарастании нарушений газообмена. Указанное объяснялось избыточной задержкой жидкости в бронхах во время промывания, недостаточным отмыванием содержимого бронхов и неадекватностью ИВЛ.

Таким образом, вышеуказанное не означает, что мы рекомендуем бронхиальный лаваж при астматическом статусе всегда и всем больным. Если есть данные об отсутствии у больного обтурирующего бронхи субстрата, показания к БЛ сомнительны. БЛ не следует применять больным с пневмонией, предельной перегрузкой малого круга кровообращения, с некупирующейся артериальной гипертонией, если только она не является проявлением нарастающих нарушений газообмена. Разумеется, БЛ очень опасен, если за его выполнение берутся недостаточно подготовленные бронхологи и анестезиологи.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Гершвин М. Бронхиальная астма. М.: Медицина, 1984, с.463;
2. Кассиль В.Л. ИВЛ в интенсивной терапии. М.: Медицина, 1987, с.253;
3. Пыцкий В.И. Аллергические заболевания. М.: Медицина, 1991, с.361;
4. Чучалин А.Г. Бронхиальная астма. М.: Медицина, 1985, с.156.

#### Summary

#### Reanimation methods in asthmatic status

S.N.Gousseinov, L.A.Vaisberg

In the present article we recommend bronchial lavage (BL) in asthmatic status always and to the all patients. BL do not be used in patients with pneumonia, pulmonary circulation overload, non-curable arterial hypertension.

\*

#### ! ГЫСА МЭ'ЛУМАТЛАР - BRIEF COMMUNICATIONS - КРАТКИЕ СООБЩЕНИЯ!

L=====

#### ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫЕ НОВООБРАЗОВАНИЯ КОЖИ В АЗЕРБАЙДЖАНСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ

Э.Б.Мансуров

Национальный центр онкологии, г.Баку

Частота рака кожи (РК) у светлокотных людей постоянно увеличивается, что позволяет считать это заболевание одним из наиболее распространенных в мире. Доля его в структуре онкологических заболеваний колеблется от 0,8% в Японии до 50% в США и Австрии [3]. Велики различия и в уровнях заболеваемости: наиболее высоки они в 8 провинциях Канады, особенно в Британской Колумбии: 97,4% - у мужчин и 66,7% - женщин. Показатели заболеваемости в возрасте 34-65 лет значительно выше, составляя 152,3 и 110,0% у мужчин и женщин, соответственно, но в отдельных группах населения могут



быть еще выше [2]. Частота РК в большинстве стран растет, в среднем, на 2-3% в год [1]. В среднем, мужчины болеют раком кожи в 1,1 раза чаще женщин. Данное соотношение колеблется от 1 до 2.

Ряд авторов склонны рассматривать возраст как фактор, сам по себе, предрасполагающий к развитию РК, хотя его трудно отделить от кумулятивной экспозиции к солнечному облучению, увеличивающейся с возрастом. Инсоляция считается наиболее значимым фактором риска развития РК, особенно при сочетании со светлой кожей. Предполагается, что в отличие от меланомы, для РК важнее накопленный тип экспозиции.

Проведенный нами эпидемиологический анализ показал, что в структуре заболеваемости злокачественными новообразованиями в Азербайджанской Республике на долю РК приходится 6% (средние за 5 лет, указанные выше). При этом, следует отметить, что за изучаемый период были отмечены два пика заболеваемости РК: в 1992 г. и в 1995 г.

Число первичных больных РК (и их процент от общего числа первичных больных онкологическими заболеваниями) в 1992, 1993, 1994, 1995 и 1996 гг. составляли 438 (6,8%), 290 (5,6%), 277 (5,2%), 452 (7,3%) и 264 (4,8%), соответственно.

Среди общего количества первичных больных РК на мужчин приходилось 209,2, а на женщин - 134,8 случая (средние за 5 лет). В среднем, в Азербайджане мужчины болеют РК в 1,6 раза чаще женщин. При расчете показателя интенсивности было установлено, что из расчета на 100 тыс населения на мужчин приходилось 5,8 случая, на женщин - 3,6.

Ранжируя статистический материал по стадиям болезни, было установлено следующее: I-II стадии - 71,9, III - 23,9, IV - 4,2.

Смертность от заболевания РК в Азербайджанской Республике довольно низкая. Так, из общего количества смертных случаев на долю рака кожи приходилось 1,4%.

Приведенные выше данные позволяют констатировать, что данная нозологическая форма заболеваемости представляет определенный интерес и для нашей республики, особенно в связи с большим количеством солнечных дней, естественным высоким уровнем радиации, большим количеством промышленных предприятий в городах, интенсивным применением пестицидов и минеральных удобрений в сельских населенных пунктах. Указанные выше предполагаемые факторы риска требуют специального изучения заболеваемости РК у нас в республике.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Стуконис М.К. Эпидемиология и профилактика рака. Вильнюс, 1984, 163 с.;
2. Cancer incidence in five continents. - Lyon: JARC. Publ., 1982. p.811;
3. Marks R. - Int. J. Dermatol., 1987, N.4, v.26, p.201-205.

#### Summary

#### MALIGNANT TUMORS OF SKIN IN AZERBAIJAN REPUBLIC

E.Mansurov

In the present article studied prevalence, frequency of malignant skin tumors in the Azerbaijan Republic.

#### НЕКОТОРЫЕ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ РАКА ПИЩЕВОДА В АЗЕРБАЙДЖАНСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ

Ф.А.Марданлы, З.Г.Халилов, Р.А.Гусейнова  
Национальный центр онкологии, г.Баку

Рак составляет около 80-90% всех заболеваний пищевода. Остальные злокачественные опухоли этого органа встречаются крайне редко - на их долю приходится не более 1%. Для рака пищевода (РП) характерны резкие различия в интенсивности распространения во всех странах мира: частота РП в разных районах различается более чем в 200 раз [..].

Об этиологических агентах, вызывающих учащение заболевания РП в отдельных странах или среди различных групп населения, известно очень мало. Существуют лишь предположения о наличии определенных факторов, способствующих повышению частоты РП в том или ином районе или среди отдельных групп населения [1]. Районы самой высокой заболеваемости раком пищевода в бывшем СССР располагались, в основном, на побережье Каспийского и Аральского морей [2].

На конец 1996 г. у нас в стране на учете состояло 733 больных РП, что составляет 11,3% от общего количества онкологических больных, состоящих на учете. Ежегодно, в среднем, регистрируется 317 первичных больных с диагнозом РП, что составляет 5,5% от общего количества первичных онкологических больных. При этом, на долю лиц мужского пола приходится 63,9%, а на лиц женского пола 36,1%.

При расчете показателя интенсивности было установлено, что из расчета на 100 тыс населения за год приходится 4,3 случая заболеваемости РП. За анализируемый период (1992-1996 гг.) было взято на учет и прошло специальное лечение 170 человек в течение года (в среднем, за 5 лет), что составляет всего 53,5% от общего количества больных, которым был установлен данный диагноз.

Наибольший процент больных, прошедших специальное лечение, приходится на лучевую терапию (49,4%), а наименьший - на комбинированный и комплексный (5,8%). На долю хирургического метода приходится 9,4%, лекарственного - 8,9% и химио-лучевого - 26,5%



больных. Интересно, что прошли специальное лечение только 68,8% больных, состоящих на учете 5 лет и более.

Известно, что эффективность лечения заболеваемости, независимо от нозологической формы, зависит от своевременного его выявления. В этой связи нами было проведено ранжирование данных у первичных больных РП по стадиям болезней.

По стадиям РП распределился за 5 лет (1992-1996 гг.) следующим образом: I-II - 32,1; III - 43,1 и IV - 24,8. Очевидно, что основная масса первичных больных, у которых установлен диагноз РП, находится в III стадии заболеваемости. В этой связи необходимо отметить, что и смертность среди первичных больных, с момента установления диагноза у которых прошел год, довольно высока и составляет 39,4%.

Резюмируя вышеизложенное, следует отметить, что, в целом, заболеваемость РП в Республике довольно высока (5 место среди злокачественных новообразований) и требует специального изучения с целью разработки профилактических мероприятий.

#### Summary

### SOME EPIDEMIOLOGICAL ASPECTS OF THE ESOPHAGIAL CANCER IN AZERBAIJAN REPUBLIC

F.A.Mardanli, E.G.Khalilov, R.A.Guseinova

Was studied esophagus cancer morbidity in the Azerbaijan Republic with the following development prophylactic methods.

#### ЭПИДЕМИОЛОГИЯ РАКА ГОРТАНИ В АЗЕРБАЙДЖАНСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ

Н.А.Гулиев, М.Н.Абдуллаев  
Национальный центр онкологии, г.Баку

Эпидемиология опухолей верхних дыхательных путей занимает особое место в эпидемиологическом изучении опухолевых процессов, поскольку полученные уже в настоящее время данные выходят за пределы узкого оториноларингологического раздела эпидемиологии. Парадоксальность заключается в том, что неспецифические патологические процессы наиболее часто наблюдаются в полости носа и, наиболее редко, в гортани. При этом, злокачественные опухоли, наоборот, чаще всего поражают гортань и реже всего полость носа. В то же время, как показывает литературный анализ, по микроморфологической характеристике описано свыше 50 видов новообразований полости носа; гортань же, за редким исключением, поражается лишь одним видом опухоли - раком различной степени клеточной дифференцировки. Амплитуда колебаний показателей среди 80 популяций мира у мужчин была 35-кратной, а у женщин - 13-кратной. Средний возраст заболевших раком гортани (РГ) мужчин и женщин почти одинаков: 57,2±0,5 и 57,05±1,4, соответственно.

Учитывая, что данные о заболеваемости РГ в Азербайджанской Республике остаются ограниченными [1], мы поставили перед собой задачу, проанализировав медицинскую документацию, имеющуюся в Национальном центре онкологии, установить некоторые особенности распространения этого заболевания в Азербайджане.

В структуре заболеваемости злокачественными новообразованиями РГ занимает одно из ведущих мест - 5 место (I-IV места, соответственно, занимают рак желудка, рак молочной железы, рак легкого и рак пищевода), составляя 3,8% от общего количества онкологических больных (средние за 5 лет). Расчет показателя интенсивности показал, что на 100 тыс человек приходится 3 случая заболеваемости РГ. Анализируя материал по стадиям заболеваемости, было установлено, что на I-II стадию приходится 54,2% от общего количества первичных больных, а на III и IV стадии - 33,2% и 12,6%, соответственно.

Смертность от РГ (со дня установления диагноза) не подвергалась большой амплитуде колебаний за изучаемый период (1992-1996 гг) и составляла, в среднем, 2,75±0,45 от общего количества онкологических больных.

Средний возраст больных - лиц мужского пола составлял 60,6 лет, а лиц женского пола несколько выше - 64,7 лет. Для сравнения нужно отметить, что в Российской Федерации у первичных больных с данной патологической формой средний возраст лиц мужского и женского пола составлял 60,0 и 64,0 лет, соответственно.

Более высокую частоту заболеваемости РГ среди городского населения (более 50%) можно связать с большей загрязненностью окружающей среды в городах, по сравнению с сельской местностью, и занятостью в производствах с вредными условиями труда. Это указывает на необходимость дальнейших исследований с целью нахождения наиболее критерильных, значимых факторов риска возникновения РГ для проведения своевременных профилактических мероприятий.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Гулиев Н.А. и др. - В кн.: Онкология и смежные науки на современном этапе. Баку, 1993, с.5; 2. Мамедов М.К. и др. - Вопр. онкологии, 1989, N.11, с.1376.



## LARYNGEAL CANCER EPIDEMIOLOGY IN AZERBAIJAN REPUBLIC

N.A.Guliyev, M.N.Abdullayev

In the present article was studied frequency of laryngeal cancer morbidity in Azerbaijan Republic.

ИЗУЧЕНИЕ БЛИЖАЙШИХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ВИДАХ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ II-III СТАДИЙ

Д.А.Алиев, Р.Д.Джафаров, Ю.Ю.Алиев, И.К.Казымов, С.Э.Рагимова  
Национальный центр онкологии, г.Баку

Широкая распространенность, высокий темп роста заболеваемости и смертности от рака молочной железы (РМЖ) женщин, особенно, молодого и среднего возраста, ставит последний в ряд актуальных проблем онкологической науки.

Общеизвестно, что основным методом лечения РМЖ является хирургический, наиболее распространенным видом которого является операция по Холстеду, при которой удаляется молочная железа с грудными мышцами, клетчаткой с лимфоузлами 3-х уровней аксиллярной области. Вследствие этой калечащей операции у женщин возникает ряд физических, физиологических и психических нарушений, которые оставляют у них глубокие отпечатки чувства неполноценности на всю оставшуюся жизнь.

Учитывая существующее мнение о системности заболевания РМЖ, даже при минимальных опухолях существует вероятность скрытой диссеминации опухолевого процесса в организме.

Вышеуказанные обстоятельства, а также появление в арсенале клинической онкологии новых лекарственных препаратов (антрациклины, препараты платины и др.), которые с определенным успехом применяются при РМЖ, суживают показания к операции по Холстеду и, тем более, к другим расширенным операциям.

Тем временем, в последние годы в литературе все чаще встречаются публикации и рекомендации по применению экономных операций при РМЖ (операции по Пейти, Скэнлон, Маддену, радикальная резекция, люмбэктомия и др.) с последующими курсами ПХТ, количество которых устанавливается в зависимости от числа пораженных метастазами лимфатических узлов.

В свете вышеизложенного, нами путем рандомизации изучены ближайшие результаты комплексного лечения 79 больных РМЖ II-III стадий с применением экономных операций в клинике НЦО за период с 01.01.1994 по 01.07.1996 гг. Контрольной группой послужили сведения о 94 больных РМЖ идентичной группы, перенесших радикальную мастэктомию по Холстеду.

В исследуемой группе 16 больным произведена модифицированная мастэктомию по Пейти, 31 больной - операция по Маддену и 32 - радикальная резекция. Больные, перенесшие экономные операции, в послеоперационном периоде получали лучевое лечение. В случаях наличия выявленных метастазов в лимфатических узлах проводились дополнительные курсы ПХТ. Возраст больных колебался от 23 до 69 лет.

Распределение больных по степени распространенности процесса выглядело следующим образом: I стадия - T1N0M0 - была установлена у 12,7%, II стадия - T1-3N0-1M0 - у 53,1%, III стадия - T1-4N1-2M0 - у 34,2% больных. У 45,6% отмечалась активная овариально-менструальная функция, у 17,7% - менопауза до 5 лет, у 36,7% - менопауза более 5 лет.

Сравнительное изучение послеоперационных осложнений в зависимости от методов применявшихся оперативных вмешательств показало, что после радикальных резекций лимфорея более 2 недель, краевой некроз и нагноения составили, соответственно, 3,2% случаев (у одной женщины), после операции по Маддену - лимфорея (более 2 недель), в 9,7% случаев - краевой некроз, а в 6,5% случаев - нагноение у одной женщины.

После операции по Пейти эти показатели составили, соответственно, лимфорея - 11,5%, краевой некроз - 6,25% (у одной женщины). Нагноение раны - также у одной женщины.

Примечание: из-за малого числа больных, подвергнутых операции по Пейти, процентное отношение осложнений при сравнении с другими группами кажется повышенным.

У больных, перенесших радикальную мастэктомию по Холстеду, эти показатели были следующими: лимфорея более 2 недель - 31,9%, частичный краевой некроз - 8,9% и нагноение раны - 6,4% случаев.

## Summary

IMMEDIATE COMPLICATIONS STUDY IN BREAST CANCER II-III STAGES  
DIFFERENT KINDS OF OPERATIVE TREATMENT

J.A.Aliyev, R.J.Jafarov, Yu.Yu.Aliyev, I.K.Kazimov, S.E.Ragimova

We are showed immediate complications which are present in different types of operations perform for breast cancer treatment in II-III stages.



## РОЛЬ СОПУТСТВУЮЩИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В ПРОГНОЗЕ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Р.Д.Джафаров  
Национальный центр онкологии, г.Баку

Проблема общего или индивидуального прогнозирования течения и лечения рака молочной железы (РМЖ), по-прежнему, актуальна [1].

До сегодняшнего дня многие онкологи ближнего и дальнего зарубежья пытались построить планы индивидуального прогнозирования характера течения РМЖ в зависимости от существующих предполагаемых факторов с помощью клинических, статистических и, даже, математических методов. Однако, эти методы широкого распространения не получили, так как были трудны и сложны по своей многофакторности. Прогнозирование течения и результатов лечения рака имеет огромное практическое значение, если оно строится на основании результатов проведенных исследований, где действительно фигурируют наиболее вероятно влияющие на прогноз факторы различного характера. Эти факторы могут быть характеризующими организм или опухоль, а также само лечебное воздействие.

Нами проделана попытка выделения наиболее вероятных прогностических факторов при РМЖ на основании результатов обследования и лечения 1059 женщин в возрасте 21-72 года, больных РМЖ и находившихся на лечении в НЦО в период 1984-1990 гг. Преобладающее большинство женщин находилось в возрасте от 41 до 60 лет (7,2%). 41,8% женщин находились в активном репродуктивном периоде, у 26,2% наблюдалась менопауза до 5 лет, а 32,0% - менопауза более 5 лет.

Локализация опухоли в наружном квадрате отмечена у 54,5%, во внутренних квадратах - у 21,1%, а у 24,4% - в центральной зоне.

Распространенность опухолевого процесса по Международной классификации злокачественных опухолей по ВОЗ (1987) оценивалась следующим образом: I стадия (T1N0M0) - 135; II стадия (T1-3N0-1M0) - 552; III стадия (T1-4N1-2M0) - 372 больных.

Из общего числа 73 женщинам с I-II стадиями РМЖ в плане радикального лечения выполнена радикальная резекция + лучевая терапия и 3-6 курсов полихимиотерапии по схеме CMF; 47 женщинам при IIб-IIIб стадиях (T1-3N1) - операция по Маддену + лучевая терапия и курсы ПХТ по схеме CMF; 48 женщинам при IIб-IIIб стадиях выполнена операция по Пейти-Дайсен и 81 женщине - радикальная мастэктомия по Холстеду-Мейеру. 65 больным с IIIб стадией заболевания в предоперационном периоде проводилась дробно-фракционная лучевая терапия с локальной СВЧ-гипертермией, а 180 больным со IIа-б - IIIа-б стадиями T1-2N0-1M0 - лучевая терапия с крупно-фракционным облучением на дистанционных гамма-терапевтических установках.

Из общего числа больных у 67,8% выявлено наличие таких сопутствующих заболеваний, как сахарный диабет - 12%, гипертоническая болезнь - 13,9%, ожирение II-III степени - 20,9%, нарушение функции или других УЗИ-изменений щитовидной железы - 26,9% больных. В анамнезе болезнь Боткина или другие виды гепатопатии - у 27,5%, эрозии шейки матки, фиброматоз или другие кистозные или воспалительные процессы придатков - 31,9% больных.

Анализ отдаленных результатов показал, что общая 5-летняя выживаемость составила при I стадии 100%, при II - 85,3+-1,5% и при III - 57,8+-2,6%. Изучение 5-летней безметастатической выживаемости показало, что при I стадии (T1NM) она составила 88,1+-2,8%, при II - 72,1+-1,9%, а при III - 57,8+-2,6%. Изучение частоты рецидивов и метастазов в зависимости от сопутствующих заболеваний показало, что вышеперечисленные сопутствующие заболевания, особенно заболевания щитовидной железы, генитальных органов и различные виды гепатопатии, достоверно увеличивают частоту рецидивов и метастазов более, чем в 2,5 раза.

### ЛИТЕРАТУРА

1. Трапезников Н.Н. и др. Лечение опухолей молочной железы. М.: Медицина, 1988.

### Summary

#### ROLE OF ACCOMPANYING DISEASES IN THE PROGNOSIS OF BREAST CANCER TREATMENT

R.J.Jafarov

We are studied role of different diseases which are accompanying treatment breast cancer patients and their role in prognosis.

\*

#### ВЛИЯНИЕ РАДИКАЛЬНОЙ МАСТЭКТОМИИ НА ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ПЕ-ЧЕНИ

С.Э.Рагимова  
Национальный центр онкологии, г.Баку

Хорошо известно, что выполнение хирургической операции и проведение наркоза сопровождается такими гомеостатическими сдвигами, как потеря крови и лимфы, реактивное изменение их коагулирующих свойств и др. С другой стороны, после хирургической



операции в тканях, непосредственно прилежащих к ране, даже без ее инфицирования развивается воспаление, воспринимаемое организмом как стрессорный фактор. И, наконец, всасывание из раны продуктов распада крови и тканевого детрита инициирует интоксикацию. Понятно, что при радикальной мастэктомии, выполняемой больным раком молочной железы (РМЖ) и отличающейся значительной площадью раневой поверхности и объемом разрушаемых мягких тканей, влияние упомянутых и ряда других факторов становится весьма ощутимым.

В связи с этим, нами был изучен характер влияния хирургической операции (радикальной мастэктомии) на функциональное состояние печени и иммунный статус больных РМЖ II стадии. С этой целью мы дважды (непосредственно перед операцией и спустя сутки после нее) провели биохимическое и иммунологическое обследование (второе - спустя неделю после операции) 19 больных РМЖ II стадии с признаками гепатопатии 1-3 степени и 10 больных РМЖ II стадии без таких признаков.

При этом, о функциональном состоянии печени судили по двум параметрам: активности сывороточной АЛАТ и концентрации билирубина в крови. Состояние иммунного статуса оценивали, исходя из числа в периферической крови Т-лимфоцитов и БГЛ.

Результаты данного наблюдения продемонстрировали, что у больных без биохимических признаков гепатопатии, перенесших мастэктомию, спустя сутки после операции активность АЛАТ была близка к верхней границе нормы и не имела статистически достоверного отличия от величины аналогичного показателя у этих же больных до операции. В равной степени сказанное относилось и к концентрации в крови билирубина. Это свидетельствовало о том, что у больных с интактной печенью операция не вызвала ощутимого изменения функционального ее состояния.

Судя по усредненным показателям активности АЛАТ, у больных с признаками гепатопатии хирургическая операция обусловила достоверное повышение активности АЛАТ, по сравнению с исходным состоянием ( $p < 0,05$ ). Если не принимать во внимание возможность повышения активности этого фермента за счет поступления его в кровь из поврежденных тканей (мышцы), то можно было полагать, что проведение хирургической операции привело к некоторой дисфункции печени. Это предположение подтвердилось и результатами сопоставления уровней билирубина у этих больных до и после операции: эти показатели устойчиво отличались друг от друга ( $p < 0,05$ ).

Анализ результатов динамического иммунологического обследования продемонстрировал, что ухудшения состояния иммунного статуса у больных без признаков гепатопатии после хирургического лечения не зарегистрировано. Отмеченное некоторое увеличение содержания в крови определенных нами иммуноцитов, возможно, было следствием выполненной операции, устранившей иммуносупрессивное влияние опухоли на организм больных. Этот факт косвенно подтверждался значительным снижением после операции концентрации в крови циркулирующих иммунных комплексов (ЦИК). Последнее, по всей вероятности, было результатом снижения массы опухолевых клеток, являющихся источником растворимых антигенов, формирующих ЦИК.

У больных с признаками гепатопатии изменение иммунного статуса носило несколько иной характер. Так, в частности, у них было отмечено некоторое снижение числа Т-лимфоцитов, хотя изменение числа БГЛ в крови не было статистически значимым. На основании этого мы сделали вывод о том, что оперативное вмешательство, практически, не оказывало негативного влияния на состояние иммунитета у больных без признаков гепатопатии и незначительно влияло на таковое у больных с биохимическими признаками гепатопатии.

#### Summary

### **RADICAL MASTECTOMY INFLUENCE TO THE LIVER FUNCTION**

S.E.Ragimova

In examination 29 patients with breast cancer was showed, that radical mastectomy may initiate development of the moderate hepatopathy but do not influence negatively onto immunity condition.

### **ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ РАКА ОБОДОЧНОЙ КИШКИ**

Э.И.Ибрагимов, А.А.Абдуллаев, А.Р.Алиев, Н.Б.Алиева, В.И.Гулуев

Национальный центр онкологии, г.Баку

За последние годы опухоли толстой кишки выдвигаются в число часто регистрируемых форм рака [2]. Рак толстой кишки (РТК) преимущественно поражает пожилых людей. Анализ заболеваемости данной нозологии в Азербайджане показал, что из общего количества первичных больных злокачественными заболеваниями на РТК приходится 3,2% (средние за 5 лет). Разница между максимальной и минимальной величиной составляет 1,1%. Ранжирование материала по стадиям заболеваемости показало, что наибольший процент приходится на III стадию - 41,1%, а на остальные, соответственно: I-II стадии - 34%, IV стадия - 24,9%. Расчет показателя интенсивности выявил, что заболеваемость РТК в Азербайджане составляет 2,5 на 100 тыс населения.



Смертность среди больных РТК, которые находились на учете в течение одного года, довольно высока и составляет 22% от общего количества больных. Средний возраст больных у лиц мужского пола колебался за последние 5 лет - от 54,5 до 61,4, составляя, в среднем, 57,0 лет, а у женского пола - от 55,7 до 62,9, составляя, в среднем, 58,5 лет.

Проблема РТК, несмотря на кажущуюся простоту, до настоящего момента все еще остается далекой от разрешения сложной задачей [1]. Затруднительными являются вопросы диагностики и тактики хирургического лечения [3]. Нами проанализирован материал НЦО за 1995-1997 гг. включительно. В указанный срок в отделении находилось 94 больных с диагнозом РТК. Из них мужчин - 52, а женщин - 42. Наиболее часто у мужчин болезнь наблюдалась в возрасте от 25 до 50 лет, а у женщин - от 61 до 70 лет.

В слепой кишке процесс локализовался в 11 случаях, восходящей ободочной - 9, печеночном углу толстой кишки - 3, поперечно-ободочной - 11, селезеночном углу толстой кишки - 5, нисходяще-ободочной - 5, сигмовидной кишке - 41, ректосигмоидном отделе - 9. Больным было проведено комплексное клиничко-лабораторное и инструментальное обследование, заключающееся в исследовании крови, мочи, электрокардиографии, рентгенологическом исследовании органов грудной клетки и пищеварительного тракта, эндоскопии, ультразвуковом исследовании. При анализе полученных данных было установлено, что у 7 больных показатель гемоглобина был меньше или равен 80 г/л, а число эритроцитов не превышало  $3,5 \times 10^{12}$ . Колебание гемоглобина от 80 г/л до нижней границы нормы установлено у 77 больных. При ретроспективном анализе показателей биохимического исследования крови выявлено, что у 38 больных количество общего белка было ниже нормы или не достигало 70 г/л. Параметр остаточного азота выше нормы установлен у 55, мочевины - 18, креатинина - 30 больных.

Рентгенологическое исследование проведено у 61 пациента. Из них у 88,5% больных диагноз был подтвержден. Эндоскопическое исследование (колоноскопия) выполнена 75 больным. Из них у 90,7% было выявлено наличие опухоли кишки.

В последнее время нами обращено внимание на ультразвуковой симптом, именуемый симптомом "кокарды". Наличие его позволяет проведение целенаправленного рентгенологического и эндоскопического исследования, что значительно облегчает диагностику заболевания. Данный симптом был выявлен у 49,4% больных.

Оперативное лечение было проведено 65 больным. Из них радикальные операции выполнены 44, а паллиативные - 16. Экстренные операции выполнены в 11 случаях. Причинами их выполнения являлись острая кишечная непроходимость, перитонит, обусловленный основным заболеванием, несостоятельность швов анастомоза.

Таким образом, рак ободочной кишки чаще встречается у мужчин в возрасте от 25 до 50 лет. У большинства больных выявляются изменения показателей гемоглобина, эритроцитов, общего белка, мочевины, остаточного азота, креатинина в сторону ухудшения. Эффективность эндоскопического и рентгенологического исследований, практически, идентична. Из числа оперированных радикальное вмешательство выполнено 67,7% больным.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Башеев В.Х. Тактика хирургического лечения осложненного рака прямой и ободочной кишки. - Автореф. дисс....канд. мед.наук. Киев, 1985;
2. Баженова А.П., Островцев Л.Д. - В кн.: Рак толстой кишки. М., 1969;
3. Блохин Н.Н. - В кн.: Диагностика и лечение рака ободочной кишки. М., 1981.

#### Summary

#### DIAGNOSIS AND TREATMENT OF COLON CANCER

E.I.Ibragimov, A.A.Abdullayev, A.R.Aliyev, I.B.Aliyeva, V.I.Guluyev

In the present article was studied efficiency of the different diagnostic and treatment methods in patients with colon cancer.

#### ВЛИЯНИЕ ИНФУЗИИ АЛЛОГЕННОЙ КОСТНО-МОЗГОВОЙ ВЗВЕСИ НА УРОВЕНЬ ПРОСТАГЛАНДИНОВ СЕРИИ E В ОСТЕОГЕННОЙ САРКОМЕ

А.Т.Амирасланов, Н.Е.Кушлинский, З.А.Сафаров, Э.Э.Ибрагимов  
Азербайджанский медицинский университет им.Н.Нариманова,  
г.Баку; Онкологический научный центр им.Н.Н.Блохина РАМН,  
г.Москва

Как известно, синтез простагландинов серии E (ПГЕ) в остеосаркоме тесно связан с механизмами регуляции роста, развития, пролиферации и метастазирования опухолевых клеток. На основании данных ретроспективного анализа обнаружено, что остеогенные саркомы, для которых характерна ранняя (в 1-й год наблюдения) диссеминация опухолевого процесса, имели в ткани опухоли наиболее высокое содержание ПГЕ. Поэтому большой научно-практический интерес представляло изучение содержания ПГЕ в остеосаркоме при проведении неоадьювантной терапии с учетом вида лечения, а также связь уровня ПГЕ со степенью выраженности лечебного патоморфоза опухоли [1, 2, 4].



При лечении остеогенной саркомы кости в отделении опухолей опорно-двигательного аппарата ОНЦ РАМН используют различные схемы неoadъювантной терапии. Ранее нами [5, 6, 9] была рассмотрена связь средних уровней ПГЕ в опухоли с различными схемами химио-лучевой терапии. В настоящее время одним из наиболее перспективных методов неoadъювантной терапии остеогенных сарком является метод однократной инфузии одноклеточной аллогенной костно-мозговой взвеси, который, как известно, обладает наибольшей эффективностью в отношении костных опухолей [6, 8].

Метод разработан и предложен для апробации в клинике ОНЦ сотрудниками лаборатории противоопухолевого иммунитета НИИ канцерогенеза Онкологического научного центра им.Н.Н.Блохина РАМН [3]. Представляет интерес изучение содержания ПГЕ в остеосаркоме при проведении предоперационной инфузии аллогенной костно-мозговой взвеси.

**МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ:** Обследовали 18 больных первичной остеогенной саркомой. Комплексное обследование больных включало клинический, рентгенологический и морфологический методы. Основное число больных было в пубертантном периоде. У преобладающего большинства больных опухоль локализовалась в эпиметафизе костей, образующих сустав коленный. У всех пациентов оценивали степень выраженности лечебного патоморфоза опухоли по ранее описанным нами морфологическим критериям [7]. Инфузию одноклеточной аллогенной костно-мозговой взвеси проводили за 16-18 часов до проведения операции. Повторная трансфузия костно-мозговой взвеси была выполнена этим пациентам в тот же день после хирургического удаления опухоли.

ПГЕ определяли в образцах ткани остеогенных сарком радиоиммунологическим методом с помощью наборов реактивов фирмы "Clinical Assays" (США) после предварительной экстракции этилацетатом в кислой среде по методу Karmali et al. [4] и выражали в пикограммах на 1 г ткани. Эффективность экстракции составила 80-85%.

Согласно полученным результатам, во всех исследованных опухолях средний уровень ПГЕ был значительно ниже средних уровней ПГЕ в опухолях контрольной группы (не получавших предоперационной терапии). Следует также отметить, что для основной группы больных была характерна I-II степень патоморфоза опухоли. Данные исследований были статистически достоверны ( $p < 0,01$ ).

Таким образом, значительное снижение содержания ПГЕ в остеогенной саркоме больных после трансфузии костно-мозговой взвеси связано, по всей видимости, с усиленным сбросом ПГЕ с поверхности саркоматозных клеток. Этот факт также свидетельствует о роли ПГЕ в одном из механизмов защиты опухоли от цитотоксического эффекта естественных киллеров.

Это позволяет сделать следующие выводы. Во-первых, однократная трансфузия нативной одноклеточной аллогенной костно-мозговой взвеси сопровождается значительным снижением содержания ПГЕ в остеогенной саркоме. Во-вторых, использование данного метода неoadъювантной терапии остеогенной саркомы влияет на метаболизм арахидоновой кислоты в мембранах опухолевых клеток, тем самым, изменяя их пролиферативную активность и способность к гематогенному метастазированию. И, наконец, в-третьих, определение уровней ПГЕ у больных, получавших трансфузии костно-мозговой взвеси, позволит провести ретроспективный анализ развития гематогенных метастазов при наблюдении за данной группой больных.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Амирасланов А.Т., Кушлинский Н.Е., Сафаров З.А. и др. - Азерб. мед. журнал, 1993, N.6, с.16-18;
2. Бассалык Л.С., Кадагидзе З.Г., Кушлинский Н.Е. Простагландины и рак. М.: ВНИИМИ, 1988, с.70-78;
3. Есартя П.Т., Дейчман Г.И., Трапезников Н.Н. - Вестн.ОНЦ РАМН, 1993, N.3, с.55-57;
4. Кушлинский Н.Е., Соловьев К.Н., Бассалык Л.С. - Там же, с.37-43;
5. Кушлинский Н.Е., Соловьев К.Н., Синюков П.А. - Там же, 1995, N.2, с.41-46;
6. Трапезников Н.Н., Еремина Л.А., Амирасланов А.Т., Синюков П.А. Остеогенные саркомы. М.: Медицина, 1986, 303с.;
7. Dahlin D., Unni K., Thomas Ch. - Springfield J., New York, 1986;
8. Deichman G., Klucharewa T., Matveeva V. et al. - Int.J.Cancer. 1989, v.44, p.904-907;
9. Honn K. et al. - Prostaglandins, 1981, v.25, p.833-868.

#### Summary

#### INFLUENCE OF THE ALLOGENIC BONE-MARROW SUSPENSION TO PROSTOGLANDIN E LEVEL IN OSTEOGENIC SARCOMA

A.T.Amiraslanov, N.E.Kushlinsky, Z.A.Safarov, E.E.Ibragimov

In the article was showed that transfusion of the allogenic osseous-marrow suspension lead to decrease prostaglandin level in osteogenic sarcoma, changes proliferative activity in timorous cells. Estimation prostaglandin E level in these patients allows to perform retrospective analysis for hematogenic metastases.



## ОБ УРОВНЯХ ПРОСТАГЛАНДИНА Е В ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЯХ ЯИЧНИКА И ЗДОРОВОЙ ТКАНИ ЭТОГО ОРГАНА

Г.Н.Керимова, А.Т.Амирасланов, Н.Е.Кушлинский

Городская онкологическая больница им.А.Т.Аббасова, г.Баку НЦО  
им.Н.Н.Блохина РАМН, г.Москва

Ранее нами в ходе определения уровня простагландинов серии Е (ПГЕ) в образцах тканей рака яичника (11), доброкачественных опухолей (8) и нормальной ткани яичника (7) было показано, что содержание ПГЕ в ткани яичника, пораженной неопластическим процессом, зависит от характера опухоли: более высоким их уровень выявляется в тканях злокачественных опухолей и более низкий - в тканях доброкачественных опухолей и интактной ткани яичника, не пораженных опухолевым процессом. При этом, выявить достоверное различие между уровнями ПГЕ в тканях доброкачественных опухолей яичника и здоровой ткани этого органа выявить не удалось [1].

Для подтверждения этой закономерности на содержание ПГЕ нами было обследовано 43 образца злокачественных опухолей, 20 образцов доброкачественной опухоли и 12 образцов интактного яичника, не пораженного опухолевым процессом. С этой целью был использован радиоиммунологический метод по R.Karmali et al. [2], который был воспроизведен с помощью коммерческих наборов реактивов фирмы "Clinical Assays" (США). Концентрацию ПГЕ выражали в пг на 1 г ткани.

Полученные результаты показали, что если среднее содержание ПГЕ в ткани злокачественной опухоли составило 43,4+-5,4 пг/г ткани, а в ткани доброкачественных опухолей - 21,8+-10,6 пг/г ткани, то в непораженной опухоли ткани яичника эта величина составляла лишь 3,4+-0,3 пг/г ткани.

Таким образом, полученные нами результаты подтвердили только первую из описанных ранее закономерностей, касающуюся достоверно более высокого содержания ПГЕ в тканях злокачественных опухолей, по сравнению с тканями доброкачественных опухолей ( $p < 0,05$ ) и тканями яичника, не пораженными опухолью ( $p < 0,01$ ). В то же время, оказалось, что эти результаты противоречили ранее опубликованным и указывали на то, что содержание ПГЕ в тканях доброкачественных опухолей яичника достоверно выше такового в интактных тканях этого органа ( $p < 0,05$ ). Поскольку результаты настоящего исследования основаны на более объемном материале, мы считаем их объективно отражающими реальную ситуацию.

### ЛИТЕРАТУРА

1. Кушлинский Н.Е., Жордания К.И., Ольховская И.Г. и др.- Акушерство и гинекология, 1992, N.4, с.45-47;
2. Karmali K. et al.-Brit.J. Cancer, 1983, v.48, p.689-696.

### Summary CONCERNING LEVEL OF PROSTOGLANDINS E IN BENIGN OVARIAN TUMORS AND HEALTHY OVARIAN TISSUE

G.N.Kerimova, A.T.Amiraslanov, N.E.Kushlinsky

On the basis of radioimmunologically quantitation of prostoglandins in ovarian tissues it was shown its levels higher in benign tumors in compareing with healthy tissue of ovarian.

## УЛЬТРАСОНОГРАФИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ ДИАГНОСТИКИ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Д.А.Керимбекова

Городская онкологическая больница им.А.Т.Аббасова, г.Баку

Известно, что тактика хирургического лечения рака молочной железы (РМЖ) основывается на дифференциальной диагностике доброкачественных заболеваний молочной железы (МЖ) и ранних форм РМЖ. Выявление ранних форм РМЖ возможно при применении методик, позволяющих исследовать женщин в динамике и профилактически безвредными методами. Нами с этой целью широко применяется ультразвуковое исследование (УЗИ) МЖ. Исследования проводятся на аппарате "Алока -Эхо-камера SSD-210DX"; датчиком 5МГУ.

Проанализировав результаты УЗИ МЖ у 285 больных РМЖ, мы пришли к заключению о том, что 7 признаков, выявляемые с помощью УЗИ, могут служить диагностическими критериями. Таковыми являются:

- 1) контур новообразования (четкий или размытой);
- 2) конфигурация образования (овальная, округлая, неправильная, полициклическая);
- 3) структура образования (гомогенная, гетерогенная);
- 4) соотношение стромы и паренхимы;
- 5) эхогенность опухоли (изо-, гипо- или гипер-);
- 6) степень поглощения УЗ-луча или волны в центре образования и
- 7) наличие деформации, деструкции окружающих тканей.

Все 7 критериев удалось выявить у 42% пациенток. Пациенток, у которых было 4 и более критериев, относили к группе больных РМЖ. Больным, имеющим до 4 критериев, ставили диагноз -



подозрение на РМЖ. При дифференцированном диагнозе РМЖ надо было отдифференцировать от локализованного фиброаденоматоза и кист МЖ.

Чувствительность УЗИ (по данным различных авторов) различна и составляет от 65 до 92% - при злокачественных процессах от 65 до 92%. Точность УЗИ зависит от размеров опухоли и увеличивается при увеличении размеров опухоли. Информативность зависит от возраста пациенток.

В настоящее время приоритет отдается УЗИ. Однако, встречаются и трудности, возникающие при УЗИ, обусловленные вариабельностью распределения жировой железистой и фиброзной ткани в МЖ.

Нами были поставлены задачи: 1) выявление наиболее ранних форм РМЖ; 2) выявление РМЖ на фоне пролиферирующей мастопатии; 3) учитывая, что гистологическая форма РМЖ имеет решающее значение на прогноз, мы попытались выявить признаки, характерные для того или иного гистологического строения опухоли.

Высокодифференцированные формы РМЖ при УЗИ отличались преобладанием стромы над паренхиматозным веществом. Скиррозные формы отличались содержанием более 70-80% (=75) соединительной ткани; сосочковые формы характеризовались приблизительно равным содержанием соединительной и железистой ткани или с незначительным перевесом в ту или иную сторону. Низкодифференцированные формы характеризовались сплошными скоплениями железистой ткани, пронизанной соединительными прослойками. Эта УЗ-картина характерна для мозговых раков; процент соединительной ткани был менее 25%-20%.

Так, уточнение гистологической структуры до операции позволяет сделать заключение не только о прогнозе в данной категории больных, но и выбрать нужный оптимальный комплекс лечебных мер.

При скирре предположительное суждение о низкодифференцированных раках (железистая ткань - в виде темных участков, строма - в виде ярких линий) нами было высказано из 54 б-х в 34 случаях.

Таким образом, проведенное исследование показало, что при УЗИ можно провести предположительную оценку морфологической структуры опухоли. При РМЖ, как при скирре, так и при низкодифференцированных его формах, при УЗИ определяются неровность контуров опухоли, неоднородность и деструкция окружающих тканей, в окружающую паренхиму протягивались тяжи и выросты неправильной конфигурации, регистрировалась неоднородность структуры опухоли; соединительная ткань определяется как эхо-позитивная структура (плотная), железистая ткань - характеризуется пониженной эхогенностью.

Проведенное исследование доказывает, что УЗИ эффективно при локализованном фиброаденоматозе, при узловых поражениях МЖ, возможна дифференциальная диагностика между доброкачественными процессами МЖ и ранними формами РМЖ.

Основным моментом, определяющим чувствительность УЗИ, является размер опухоли. Целью УЗИ должно стать выявление опухоли диаметром менее 1 см.

#### Summary

#### ULTRASONOGRAPHIC CRITERIA OF BREAST CANCER DIAGNOSIS

D.A.Kerimbekova

In the present article was showed some ultrasonographic criteria in diagnosis breast cancer.

\*

#### КРИОХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОПУХОЛЕЙ ВИДИМЫХ ЛОКАЛИЗАЦИЙ

О.Г.Тапладзе, К.М.Мардаишвили, И.Ш.Надирадзе, В.Н.Логунов,  
Т.Г.Мурусидзе

Онкологический научный центр МЗ Грузии, г.Тбилиси

Повышение эффективности лечения патологий кожи и слизистой оболочки - актуальная задача клинической онкологии. Одним из современных и перспективных методов лечения этих патологий является криохирургия (КХ). Цель нашей работы заключалась в оценке и расширении сферы применения КХ метода.

Нами проанализированы результаты наблюдения за 6000 больными опухолями кожи и видимой слизистой оболочки, леченных КХ методом. Предопухолевые процессы диагностированы у 16,7%, доброкачественные - у 23,6%, опухолеподобные - у 10,5% и злокачественные опухоли - у 49,5% больных. Патологии слизистой оболочки отмечались - у 12,0% больных. Из 5282 кожных патологий у 85,1% больных опухолевый процесс локализовался в области головы и шеи.

Криовоздействие проводили аппаратами: КДМ-5м, криораспылителем КР-02, криокаутером КХ.3 А/Е и аппаратов КДО (криодеструктор опухолей) - собственной конструкции.

Для совершенствования радикального лечения с учетом морфологического строения и локализации опухоли нами разработаны оптимальные параметры криовоздействия, применение которых дало возможность получать при незлокачественных опухолях слизистой оболочки различных локализаций 100% эффективность, а при начальных формах злокачественных опухолей губы - 100%, полости рта - 97,6%, языка - 91,7%.

Результаты КХЭ незлокачественных опухолей кожи составили 99,2%, злокачественных опухолей I-II стадий - 100%. Как показали наши исследования, для повышения КХЭ лечение распространенных, массивных, инфильтрирующих, часто рецидивирующих злокачественных, опухолей (90 больных) целесообразно проводить комбинированное лечение с лучевой терапией (ЛТ). Это позволило повысить КХЭ на 18-22% и составило 97,1%.



При незлокачественных опухолях онкологической распространенности 280 больным до КХ проведено низкоэнергетическое Гелий-Нео-новое лазерное (ГНЛ) воздействие, а 194 больным - ГНЛ в постоперационном периоде. Применение сочетания КХ-ГНЛ дало возможность повысить КХЭ на 8-17% без нарушения функции органа на фоне хорошего косметического эффекта.

КХ лечение проведено 420 больным с пигментными опухолями. Для этих патологий нами разработан экспресс-цитологический метод диагностики, который позволил в процессе криовоздействия вносить коррективы для радикального КХ лечения. КХЭ пигментных невусов всех форм составила 100%, а меланомы - 95,0% с хорошими косметическими и функциональными результатами.

С целью токсической и дифференциальной диагностики, а также для объективной оценки тех изменений, которые происходят как в зоне КХ, так и в окружающих здоровых тканях, 680 больным проведена инфракрасная томография (ИКТ). Как показали наши исследования, ИКТ позволяет достоверно диагностировать патологический процесс, установить точные размеры опухолевого распространения и в 95,5% случаев прогнозировать КХЭ.

Таким образом, нами разработана практически новая, оптимальная, научно обоснованная лечебно-диагностическая модель, которая состоит: из созданной нами, а также модифицированной криоаппаратуры, четкого определения показаний и противопоказаний к КХ с помощью диагностическо-прогностического комплекса, основанного на объективных данных, полученных ИКТ, из разработанных нами тактики, методики и оптимальных параметров КХ для отдельных локализаций и форм опухолевого роста, из данных, полученных в результате сочетанного и комбинированного лечения ГНЛ и ЛТ.

#### Summary

#### CRYOSURGICAL TREATMENT OF VISUAL LOCALIZED TUMORS

O.G.Tapladze, K.M.Mardaleishvili, I.C.Nadiradze, V.N.Logunov,  
T.G.Murusidze

The aim of the research is to increase efficiency and areas application of skin and mucous membran cryosurgical treatment. According to the results of the research a model of diagnostics and treatment was set up.

\*

#### ГАН ЗЭРДАБЫНДА ПРОСТАТЫН СПЕСИФИК АНТИКЕНИ ТЭ"ЖИНИН ПРОСТАТ ВЭЗИ ХЭРЧЭНКИНИН ДИАГНОСТИКАСЫНДА РОЛУ

И.С. Өһмәдов Н.Нәриманов адына АТУ, Бақы ш.

Простат вэзи хэрчэнкинин (ПВХ) еркән диагностикасы уроонколокижанын актуал проблеми кими галмагдадыр [3,4]. Клинисистлэрин сон иллэр бу мөвзуја тәкрар гајытмасы кет-кедө ПВХ-дән өлүм халларынын артмасы илө өлагөдардыр. ПВХ-нын диагностикасы үчүн саж-сыз-һесабысыз мүјинө үсулларындан истифадө едилсөдө, бу хөстөлијө еркән диагноз гојулмасы 70-75% халларда мүмкүн олмур [6]. Сон иллэр хариеси өлкөлөрдө бу хөстөлијинн диагностикасында өлавө үсул кими, ган зәрдабында сөрбөст вө үмуми простатын специфик антикени (ПСА) тә"јининдән истифадө етмөклө мүјјөн наилијјөтләр өлдө едилмишдир. Буна көрө дө сон дөврдө клиникаларда бу үсулдан кениш истифадө едилмөјө башланыб.

Сон 2 илдө М.Н.Гәдирли адына Мәркәзи һөвзө хөстөханасынын уролокија шө"бөсиндө профессор С.Б.Имамвердијевин рәһбәрлији алтында бу хөстөлијин диагностикасында трансректал ултрасөс мүјинәси (УСМ) трансректал биопсија кими һәлледици үсулдан баш-га, үмуми ПСА тә"јининдән истифадө едилмишдир.

ПСА коликреинө бәнзәр протеаза олуб простат вэзи тохумасындан Wang et al. тәрәфиндән алынмышдыр. О, простат вэзинин аденомасында вө хэрчәнкиндө, һәмчинин простат ширәсиндө тапылыр [2,6].

Гана дахил олан ПСА-нын мигдары һәмишө таразлыгда олур. Белө ки, 50 јаша кими 2,5 нг/мл-дән чох олмур. Сонрадан исө һесаб едирләр ки, онун артым мигдары 0,04 нг/мл олмагла 70-79 јашына кими үмуми мигдары 6,5 нг/мл-дән чох олмур [4,5].

Тәдгигатлар көстөрир ки, простатын хэрчәнк һүчөјрәләри ПСА-нын өмөлө кәлмө вө харич олмасына шөраит јарадыр, нәтичәдө хөстөлијин еркән мәрһөләләриндө ПСА-нын ган зәрдабында үмуми мигдары хөјли артыр [1]. Мүшаһидө алтында 38 хөстө вө 8 сағлам адам олмушдур. Нәзарөт групунун јаш группу 32-55, хөстөлэрин исө - 51-80 арасында, орта јаш һәдди 67 олмушдур.

Нәзарөт групунда олан адамларын ган зәрдабында ПСА-нын үмуми мигдары 0,5-12,6 нг/мл (норма n=7 нг/мл) арасында дөјишилмиш, 2 нөфөрдө ПСА-нын мигдары артыг олмасыны нәзәрө алараг һәр 2 ајдан бир тәкрар анализләр едилмиш вө динамик мүшаһидө алтында олмушлар. һәмин хөстөләрө хроники простатит диагнозу гојулмушдур. 38 хөстөнин ган зәрдабында ПСА-нын мигдары 0,9-144 нг/мл диапазоноу арасында олмушдур. Бу мүјинәләрдән өлавө һәмин хөстөләр трансректал УСМ вө биопсија едилмиш 4 хөстөдө ПСА-нын мигдары чох



олмасына бахмајараг, јухарыдакы үсуллар ПВХ диагнозуну тәсдиг етмәмишдир. 18 хәстәдә ПСА-нын үмуми мигдары норма дахилиндә олмуш, һәмин хәстәләрден икисинә аденомектомија едилмиш, енуклеасија едилмиш дүјүнүн һистоложи анализи простат везин аденокарси-номасыны тәсдиг етмишдир. Хәстәләрин 16-да ПСА-нын мигдарынын артмасы јухарыдакы үсулларла үст-үстә дүшмүш ПВХ-нын диапазоноу тәсдиг едилмишдир. Она көрә дә ПСА-нын мигдарынын артмасынын интерпретасијасына еһтијатла јанашмаг лазымдыр.

Јери кәлмишкән гејд етмәк истәјирик ки, ПВХ диагнозу тәсдиг едилән хәстәләрин әксәријјәти флүтамидлә (750 мг х 3 дәфә дахилә) мүаличә алмышдыр. 2 ајдан бир лаборатор мүәјинәләр заманы ПСА-нын мигдарынын азалмасы вә клиника олараг хәстәләрин өзләрини јахшы һисс етмәләри гејд едилмишдир. Мүаличә дөврүндә ПСА-нын мигдарынын јүксәк рәгәмләрдә дајанмасы вә јахуд прогрессив инкишафы мүаличәнин еффеһтсизлијини кәстәрмишдир.

Нәтичә олараг гејд едирик ки, ПСА-нын тө"јини простат вези хәрчәнкинин прогнозу вә инкишафына нәзарәт бахымындан өһәмијјәтлидир. ПСА-нын ган зәрдабында артмыш мигдары ПВХ диагнозунун еркән диагнозунун гојулмасында әләвә мә"лумат бахымындан өһәмијјәтли сајылмалыдыр.

#### ӘДӘБИЈАТ

1. Chan D.- Clin. Chem., 1987, v.33, p.1916-1920; 2. Chu T.- J.Urol., 1989, v.141, p.152-156; 3. Littrup P.I. et al.- Eur. J. Cancer, 1991, v.27, p.537-542; 4. Oesterling I.E. et al.- J.Urol., 1991, v.145, p.907-923; 5. Stavei T. et al.- Ibid., 1989, v.141, p.1070-1075; 6. Wang L.C. Prostate, 1981, v.135, p.89-96.

#### Summary

#### ROLE PROSTATE SPECIFIC ANTIGEN DETERMINATION IN DIAGNOSIS OF PROSTATIC CANCER

I.S.Ahmadov

Results of the present investigation showed, that estimation in blood prostatic specific antigen (PSA) has not only diagnostic but also important prognostic value.

\*

#### МЕГЕСТРОЛ АЦЕТАТ В ЛЕЧЕНИИ КАХЕКСИИ БОЛЬНЫХ ЛИМФОМАМИ

Ф.Х.Джураева

НИИ онкологии и радиологии АН Республики Узбекистан, г.Ташкент

В клинических условиях Института Онкологии и Радиологии Академии Наук Республики Узбекистан с марта 1996 года начато широкое применение мегестрола ацетата (мегейс) фирмы Bristol Myers Squibb (США) для лечения диссеминированных форм рака молочной железы, матки, предстательной железы, легкого и др. Мегестрол был использован во многих схемах лечения гормонозависимых опухолей и что, особенно важно, возможность его применения в сочетании химио- и лучевой терапии одновременно [2, 3, 4].

В настоящей работе мегестрол ацетат использовался нами как лекарственное средство у больных злокачественными лимфомами (ЗЛ), страдающих кахексией. В данное исследование включены 27 больных различными формами ЗЛ, которым проводились курсы химиотерапии. Во время регистрации потерю веса имели: 14 больных с диагнозом - лимфогранулематоз, 8 - лимфосаркома, ретикулосаркома была установлена в 3-х случаях, а также полиморфноклеточная лимфома кожи - у 1 больного и фолликулярная лимфома - также в одном случае. Средний возраст больных составил 36,4±13. Распределение по полу было таковым: 9 женщин и 18 мужчин.

Все перечисленные выше больные были в состоянии принимать мегестрол ацетат в течение 4 недель непрерывно. Следует отметить, что 6 больных имели метастазы в костях, при этом, 2 - выраженный болевой синдром и получали наркотические анальгетики. 12 больных получали противорвотные препараты. 12 больных принимали кортикостероиды в стандартных схемах полихимиотерапии. Больные при регистрации имели потерю веса 10% и более.

По клинической классификации из общего количества исследуемых у 15 установлена IV стадия заболевания, 11 - III и, наконец, 1 - II.

Аппетит, субъективный энергетический уровень, состояние благополучия, депрессию или боль оценивали благодаря визуальной шкале (от 0 до 100 мм). Для позитивных симптомов, таких как аппетит, энергетическая активность, состояние благополучия - наивысшая отметка, отражающая наилучший симптомный контроль. Оценка производилась в 10.00 утра и 14.00 часа дня. Оценка повторялась в 7, 14, 21 и 28 дни.

Оценка питательного статуса, вес определяли в килограммах. Обхват трицепсов (см), окружность рук (см) были определены как предложено Blackburn и др. [1]. Эти параметры определяли в 7, 14, 21 и 28 дни.

Поглощение калорий больными с заранее предложенным меню рассчитано в 6, 7, 13 и 14 дни.

Для определения влияния мегестрола ацетата все больные опрошены о наличии приливов, эйфории, тошноты, рвоты, отека, кровотечений, тромбоэмболий и др.

Больные по количеству применяемого мегестрола распределены в три группы. 1-я группа (n=4) - больные, принимавшие 120 мг мегестрол ацетата в течение 4-х недель. Ко 2-й



группе (n=7) отнесены больные, получавшие 160 мг в течение четырех недель, и, наконец, в 3-ю группу (n=16) вошли больные, употреблявшие 240 мг мегестрол ацетата в течение четырех недель.

Анализ результатов применения мегестрол ацетата показывает, что во всех группах больных имело место повышение аппетита, уменьшение болевого синдрома, повышение общего настроения, активности, увеличение веса и питательного статуса, но в различной степени. Так, у больных 1-й группы такие показатели, как повышение аппетита в 7, 14, 21, 28 дни составило: +5,8; +5,6; +5,2; +5,8, во 2-ой группе, соответственно: +15,3; +5,2; +5,8; +6,1 и, наконец, в 3-й группе: +12,1; +10,8; +10,5; +10,2. При этом, повышение веса к концу 4-й недели по рассматриваемым группам составило: в 1-ой - 1%, во 2-й - 2,4%, а в 3-й группе возрос до 3,1%. На изменение веса оказало влияние повышения потребления калорий во всех трех группах больных. Поглощение калорий в течение приема мегестрол ацетата было по группам: в 1-й - 3145+-1581, во 2-й - 3480+-1574 и в 3-й - 3871+-1495.

Обобщение клинического опыта применения мегестрол ацетата у различных форм ЗЛ показывает, что с созданием препарата у одной из наиболее тяжелых категорий больных появился еще один редкий шанс успешного лечения кахексии. Полученные результаты применения различных доз мегестрол ацетата в течение 4-х недель непрерывно дают основание утверждать о том, что чем больше доза мегестрола, тем значительнее увеличение массы тела. Так, при увеличении ежедневной дозы приема мегестрола от 120 мг до 240 мг у больных ЗЛ, страдающих кахексией, прибавка веса составила от 0,7 до 2,4 кг, соответственно. Применение мегестрол ацетата в большинстве случаев приводило к уменьшению тошноты, рвоты, регрессии болевого синдрома, увеличению двигательной активности на фоне улучшения общего состояния. У больных исчезло чувство подавленности и пессимизма, появилось хорошее настроение, вера в благополучный исход лечения.

Изложенные выше результаты исследования дают основание считать мегестрол ацетат (мегестрол) одним из основных препаратов в схемах симптоматической терапии больных ЗЛ, страдающих кахексией. Простота приема мегестрол ацетата и его безопасность дают нам, лечащим врачам-онкологам, возможность широкого, повсеместного его применения в клинических и домашних условиях. Считаю целесообразным включение средних и высоких доз мегестрол ацетата в стандартные программы полихимиотерапии COPP, ACOP, COP/ABV, COPP/ABV, ABV для лечения больных ЗЛ.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Blackburr G. et al. - In: Oncology. Eds. P. Calabresi, P. Shein. NY: Macmillan, 1985, p.1406-1432;
2. Bruera E. et al. - Cancer, 1990, v.66, p.1279-1282;
3. Loprinzi C. et al. Phase III - J. Clin. Oncol., 1993, p. 762-767;
4. Tehekmedyan N. et al. - Cancer, 1992, v.69, p.1268-1274.

#### Summary

#### MEGESTROL ACETAT IN CACHEXIA TREATMENT IN LYMPHOMA PATIENTS

F.K.Dzhurayeva

During present investigation was studied role of the megestrol acetat in complex treatment lymphoma patients.

\*

#### СИСТЕМА СБАЛАНСИРОВАННОГО ПИТАНИЯ ПРИ РАДИОТЕРАПИИ И ХИМИОТЕРАПИИ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

Р.Я.Вепхвадзе, Э.Г.Гедеванишвили, А.Б.Капанадзе, А.О.Сепиашвили  
Онкологический научный центр, г.Тбилиси

Современная лучевая терапия является ведущим методом лечения онкологических больных. Она применяется более чем у 70% онкологических больных в самостоятельном радикальном плане или как компонент комбинированного и комплексного лечения. Особую сложность представляет лечение больных с местнораспространенными формами, соответствующих III-IV стадиям. Поэтому так актуален дальнейший поиск способов и средств совершенствования лучевой терапии, которые реально позволяют повысить ее эффективность.

В данной работе сделан акцент на систему сбалансированного питания при лучевой и химиотерапии онкологических больных III и IV стадии, исходя из ранее зафиксированной авторами реакции организма, как целого, на местное лучевое воздействие.

При прохождении радиотерапевтического и химиотерапевтического лечения онкологические больные должны придерживаться плана диеты, содержащего продукты, богатые протеином и низкими показателями цельного и легко впитываемого жира. Особое значение придается частоте питания такой пищей, как фасоль, горох, чечевица, овощи, фрукты, зерно, семена, а также пищевые добавки для поднятия и укрепления иммунной системы.

Рекомендуется:

- 20% жира (рыба, домашняя птица, льняное семя, рыбий жир и оливковое масло);
- 50-60% комплекс углеводов (от всех видов зерна, плодов, бобовых и овощей);
- 20-30% протеинов (от фасоли, гороха и чечевицы);
- 8-10 стаканов воды каждый день (предварительно)



фильтрованной). Для защиты почек и мочевого пузыря. Желательно применять зеленый чай, так как он содержит сильные антиоксиданты (его танин может защитить от метастазов). Листовой зеленый сок добавляется к морковному соку, протеину, супам и тушеному мясу; - витамин Е может помочь предотвратить выпадение волос, если принимать его за 7-10 дней раньше начала терапии; - глутатион может также защитить клетки, если принимать его за неделю до начала лечения; - "акулий хрящ" - биологически активная пищевая добавка. Его противоопухолевое действие обусловлено сокращением образования в опухоли новых кровеносных сосудов, необходимых опухоли для поступления питательных веществ. Этот препарат препятствует метастазированию, индуцирует антинеоангиогенез, не токсичен. Он укрепляет защитные силы организма и повышает его устойчивость к внешним неблагоприятным факторам. Желательно начать его принимать за 2 недели до начала лечения. - рыбий жир из акульей печени (алкилглицерол) способствует регрессии опухоли; - глутамин защищает от вызванного радиацией воспаления тонких кишок; - витамин В, витамин С и другие антиоксиданты в питании (селен, витамин Е и смесь каротинов) защищают здоровые клетки от радиационного повреждения; - витамин С и листовые зеленые овощи делают раковые клетки более радиочувствительными при облучении. Желательно употреблять как минимум 2 раза в день листовые зеленые овощи, хорошим дополнением будут служить соки. - витамин Е, витамин А и чеснок способствуют повышению эффективности химио- и радиотерапии.

Сбалансированное питание укрепляет защитные силы организма, оно экономично и просто.

Результаты исследований свидетельствуют о наличии зависимости между диетой и побочными явлениями, вызванными лучевой и химиотерапией онкологических больных. Применение сбалансированного питания повышает эффективность радиотерапевтического и химиотерапевтического лечения онкологических больных.

#### Summary

### BALANCED DIETS IN PROCESS OF THE LIGHT AND CHEMICAL THERAPY OF ONCOLOGICAL PATIENTS

R.J.Verkhadze, E.G.Gedevanishvili, A.B.Kapanadze, A.O.Sepiashvili

Here also is shown the process of raising effectiveness of radiation and chemotherapy of oncological patients by the help of balanced antitumor diet. Simple healthy food with the fruit and vegetables, plus number of food conditions, will make your immun system to be able to withstand oncological diseases. There are given notes and information about new antitumor preparation "Sharc Cartilage" used in prophylactical and treatment purpose by many oncological organizations in USA and other countries.

### CONCERNING MAIN MECHANISMS OF HEPATOPATHY NEGATIVE INFLUENCE TO COURSE AND PROGNOSIS OF BREAST CANCER

S.R.Giyasbeily, National center of oncology, Baku

Clinically manifesting and, especially, remaining latent liver dysfunction, marked almost in a half of the breast cancer (BC) patients have the considerable importance, because from one side their manifestation is the one of severe symptom to BC, and from the other side, is proved, that even sub-clinical hepatopathy and, in particular, caused by hepatitis B virus (HBV), unfavorable influence on BC course and prognosis [3, 4].

Not concerning more general problems about mechanisms of potential hepatopathies influences on tumor process evolution in general, in details discussed in some articles [1, 2], we discuss only major mechanisms of hepatopathies influence on BC, because in case of BC, hepatopathy influence on BC evolution, apparently, will be characterized by some features, determined by pathogenesis of BC specificity.

Obviously; limited volume and mainly phenomenologic character available actual material did not allow with definition to establish true mechanisms of hepatopathy influence tumoral process growth. But taking into account even only, stated above circumstance, there was easy to determine that presence of sub-compensated and may be compensated hepatopathy in an oncological patients has the threat of more intensive development of tumoral process and, accordingly, less favorable course of this disease.

It is necessary to recollect that both absolute, and relative hyperestrogenemia are capable to catalyze BC progression and, thus to burden course of this disease. Last one has found indirect prove in high efficiency of hormone therapy by anti-estrogenic preparations in BC, which are wide used in therapy of this disease for the last years [2].

Considering that chronic liver pathology accompanying by hyperestrogenization promoting BC progression, the estrogen accumulation, caused by it, is logical to suppose, in definite degree, promote to BC growth and dissemination.

From the other side, as estrogens have distinct immunosuppressive influence and, in particular, ability to depress factors of anti-tumor resistance, it is to see, that the estrogens accumulation can lead to immunodepression, which is



capable to bring definite "contribution" to a complex of influences, stimulating tumor growth. And, at last, as already was mentioned, estrogens also, have genotoxic activity, and do not exclude that its presence may lead to gene work re-organization, responsible for BC metastasizing and growth rate.

Considering these data, it is possible to believe, that one of the conducting mechanisms BC growth stimulation on a background of liver diseases is the hyperestrogenization of an organism.

Concerning the nature of possible connection chronic infection caused by HBV and worsening immediate and remote results of treatment in BC patients, it is necessary to note, that this question already detailed discussed earlier by us [2, 3]. Here we have only most important moments.

First of all, as is known, in hepatitis B infection in pathogenesis of development complex metabolic and regulatory disorders the main role play the processes, which are a consequence of liver lesion in kind of hepatopathy with compensated to definite moment liver function. By all possibility just this mechanism has the first plan in unfavorable influence of infection, caused by hepatitic C virus (HCV) on BC course.

Second, long HCV infection accompanying by an organism reactivity depression and immunodeficiency aggravation available in many BC patients.

Third one, it is necessary theoretically to allow, that HBV influence on BC evolution can be connected with influence of virus, integrated in a genome of cells, on functional activity of some cellular genes, determining invasivity of tumor growth and efficiency of activity protective systems in an organism.

Taking for major components stimulating influence of hepatopathies on BC course and prognosis, associating with liver dysfunction metabolic and immunologic changes, it is possible, have experience of clinical hepatology try with the help of drugs to weaken this influence.

#### REFERENCE

1. Алиев Д.А. и др. Онкологические аспекты вирусного гепатита В. Баку: Билик, 1993.
2. Алиев Д.А. и др. Рак молочной железы и функциональное состояние печени. Баку: Билик, 1996;
3. Мамедов М.К. Злокачественные опухоли и инфекции, обусловленные ДНК-содержащими онкогенными вирусами. Автореф.дисс.... докт.мед.наук. М., 1991;
4. Мамедов М.К., Михайлов М.И. - Вopr. вирусологии, 1992, N.1, с.71;

#### ЧИНСИЈЈЭТ ОРГАНЛАРЫНЫН ТӨРЭМӘСИ ОЛАН ГАДЫНЛАРДА HEPATOPATИЈЛАР HAГГЫНДА

С.Н. Әһмәдова, һ.К.Намазова, Р.Н.Оручлы  
Милли онколокија мәркәзи, Баку ш.

Әдәбијјатдан мә'лумдур ки, гарачијәрин клиника олараг тәзаһүр едән вә ја латент дисфункцијасы даһа чох бәдхассәли шиши олан хәстәләрдә раст кәлинир вә бәзи онколожи хәстәликләрин ағырлашмасына сәбәб олур [1].

Бунунла белә, бизә мә'лум олан әдәбијјатда чинсијјәт органларынын хошхассәли шиши (ХШ) вә бәдхассәли шиши (БШ) олан гадынларда гепатопатијанын јажылмасы сүр'әти һаггында информасија чох аздыр [3].

Проблеми арашдырмаг мәгсәдилә биз ХШ (60 нәфәр ушаглығын фибромиомасы) вә БШ (104 нәфәр ушаглығын хәрчәнки вә 100 нәфәр јумурталыглары хәрчәнки) гадынларын ган групунун биокимјәви анализини апардыг.

Бунун үчүн гепатопатијанын ашкар едилмәсиндә даһа характерик олан әләмәтләрдән истифадә етдик - ганда аланин-аминотрансферазанын (АлАт) активлијинин мүјјәнләшмәси, билирубинин концентрасијасы вә тимол сынағынын гојулмасы. 204 БШ хәстәнин 131-дә (64,2+3,4%) АлАт активлији нормадан 30% јухары иди. Нәмин кәстәричи норманын јухары һәддиндән кәнара чыхырды: 17 хәстәдә (8,3%) - 4 дәфә, 44 хәстәдә (21,6%) - 2 дәфә, 41 хәстәдә (20,1%) - 1,5 дәфә вә 29 хәстәдә (14,2%) - 1,3 дәфә. 60 нәфәр ХШ хәстәләрин јалныз 5-дә АлАт активлији 30% артмышды, јалныз 1-дә нормадан 1,5 дәфә артыг олмушду. ХШ хәстәләрдә һипераминотрансфераземијанын тезлији БШ хәстәләрдән хејли ашағы иди ( $p < 0,01$ ).

БШ хәстәләрин 72-дә тимол сынағынын нәтичәси 8 SH ваһиди гәдәр артыб. Бу заман 11 хәстәдә (5,4%) 8 SH ваһиди гәдәр артыб. Ејни заманда бу сынағын нәтичә артымы ХШ хәстәләрин јалныз 4-дә (6,7%) ашкар едилиб. Тимол сынағынын јүксәк нәтичәси илә јанашы бүтүн хәстәләрдә АлАт активлији дә јүксәлмишди.

БШ хәстәләрин 22-дә ганда билирубинин концентрасијасы 30% артмышды, 9 хәстәдә исә (4,4%) бу биокимјәви кәстәричинин сәвијјәси нормал һәддиндән 1,5 дәфә чох иди. Гејд етмәк лазымдыр ки, билирубинин сәвијјәси јухары олан 22 хәстәдә АлАт активлији дә јухары иди, 17 хәстәдә исә тимол сынағынын нәтичәси артмышды. ХШ хәстәләрдә билирубинин сәвијјәсини ашкар етмәк мүмкүн олмайыб.



Ч. Ә. Әлиев вә һәммүүлһифләрин тәсһифатына кәрә [2], биз һепатопатиялары нәзәрә чарпмасындан асылы олараг 3 дәрәчәјә бәлдүк:

1-чи дәрәчә - јалһыз АлАт активлијинин артмасы, 2-чи дәрәчә - АлАт активлији вә тимол сынағынын нәтичәсинин артмасы вә 3-чи дәрәчә - АлАт активлији, тимол сынағы вә билирубинин сәвијјәсинин артмасы.

1-чи дәрәчәли һепатопатия 64,2% БШ вә 8,3% ХШ хәстәләрдә, 2-чи дәрәчәли һепатопатия 35,3% БШ вә 6,7% ХШ хәстәләрдә вә 3-чи дәрәчәли һепатопатия 10,8% БШ хәстәләрдә гејд олунуб.

Беләликлә, тәдгигатларын нәтичәләринә кәрә, демәк олар ки, БШ хәстәләрдә һепатопатиянын биокимјәви әләмәтләри ХШ хәстәләрә нисбәтән даһа тез-тез гејдә алыһыр. Белә гәнаәтә кәлмәк олар ки, бу ики просесин сәбәб-нәтичә әләгәси характерчә мүрәккәб олма да, БШ хәстәләрдә һепатопатиянын мөвчудлуғу бу шишләрлә бирбаша бағлыдыр.

Әлдә етдијимиз нәтичәләри әдәбијјатдакы кәстәричиләрлә мүгајисә етдикдә, ашкар олунду ки, БШ хәстәләрдә һепатопатиянын тезлији сүд вәзисинин хәрчәнки олан хәстәләрә нисбәтән хејли јүксәк олса да, бу јоғун бағырсағын шиши олан хәстәләрдә аналоји кәстәричијә чата билмир [4]. Гарын бошлуғунун шишләри олан хәстәләрдә һепатопатиянын сүд вәзисинин хәрчәнки олан хәстәләрә нисбәтән даһа кениш јажылмасы онунла әләгәдардыр ки, I һалда веноз ган чинсијјәт үзвләриндән дүз портал системә ахыр вә тамамилә гарачијәрдән кечир. Чинсијјәт үзвләриндә шишләр бәзи маддәләр әмәлә кәтирир ки, бунунла ганын тәркиби дәјишир вә бу гарачијәрә тә'сир кәстәрмәјә билмиз. Чинсијјәт органларынын вә гарачијәрин анатомик-физиолоји бағлылығыны нәзәрә алараг (естрогенләрин катаболизминдә иштиракы вә с.) һепатопатиянын олмасы хәстә гадынларын үмуми вәзијјәтинин писләшмәсинә сәбәб ола биләр, әсас хәстәлијин кедишини дәринләшдирә вә ја онларын адекват терапијанын имканларыны мөһдудлашдыра биләр.

#### ӘДӘБИЈЈАТ

1. Алиев Д.А. и др. Онкологические аспекты вирусного гепатита В. Баку: Билик, 1993;
2. Алиев Д.А. и др. Рак молочной железы и функциональное состояние печени. Баку: Билик, 1996;
3. Ахмедова С.Н. и др. -Фзерб.мед.журн., 1997, N.4, с.100-102;
4. Покровский Г.А. и др. - Анестезиол., реаниматол., 1981, N.2, с.71-73.

#### Summary

#### ABOUT HEPATOPATHIES IN WOMEN WITH GENITAL TUMORS

S.N.Akhmadova, U.K.Namazova, R.N.Orujli

On the basis of clinical and diagnostic examination was studied range of hepatopathies, in women with genital tumors.

\*

#### ВЛИЯНИЕ ПРЕОПЕРАЦИОННОЙ ТЕРМОРАДИОТЕРАПИИ НА ТЕЧЕНИЕ ПОСТОПЕРАЦИОННОГО ПЕРИОДА У БОЛЬНЫХ РАКОМ ПРЯМОЙ КИШКИ И МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

И.Г.Исаев, Ш.М.Бейбутов Национальный центр онкологии, г.Баку

Длительный период времени к предоперационной лучевой терапии подходили с известной осторожностью, опасаясь возможности последующих осложнений в послеоперационном периоде. Согласно данным литературы, предоперационное лучевое воздействие способствует разрастанию соединительной ткани, снижению числа функционирующих сосудов, угнетению репаративных способностей здоровой ткани, что приводит к более медленному заживлению ран, длительной лимфостазии и более частым гнойным осложнениям. Отмечена также и общая реакция на эти агенты - снижение иммунологических показателей, угнетение кровотока воронки и функций паренхиматозных органов [1, 2, 3]. В то же время, влияние лучевой терапии в сочетании с локальной гипертермией на течение послеоперационного периода изучено недостаточно, что диктует необходимость учета развивающихся осложнений и их сравнительной оценки.

Нами изучены послеоперационные осложнения у 72 больных раком прямой кишки (РПК) и 104 больных раком молочной железы (РМЖ), которым проводилась терморadioтерапия (ТРТ) с последующей операцией. Контролем служили 97 и 100 больных РПК, которым проводилась предоперационная крупнофракционная гамма-терапия и чисто хирургическое лечение, а также 48 и 50 больных РМЖ, соответственно.

Логично было бы предположить, что индуцированное гипертермией увеличение скорости кровотока может повысить кровопотерю во время операции, но должно благоприятно сказываться на процессе заживления послеоперационных ран. Это теоретическое соображение побудило нас оценить вышеуказанные показатели у изучаемых групп больных.

У больных РПК общее число послеоперационных осложнений составило: при ТРТ - 66,5%, при операции - 61,1%, при предоперационном облучении - 63,8%. Осложнения в виде кровотечения, тромбозов и др. встречались редко: во всех 3 группах - 4,1%. Наиболее часто из общего числа осложнений отмечались нагноения лапаротомной и промежностной раны - 89,2%, урологические осложнения 15,1%, перитонит - 9,8%. При этом, существенной разницы при различных методах лечения не зарегистрировано.



Выявлено, что у больных РМЖ кровопотеря при операции увеличилась при предшествовавшей ТРТ на 120-140 мл, по сравнению с хирургическим методом, и на 70-80 мл, по сравнению с больными, получавшими предоперационную лучевую терапию. Умеренная лимфорейя при гипертермии отмечалась, в среднем, у 66,8% больных, по сравнению 56,2% и 46,1%, соответственно. В то же время, предоперационная ТРТ увеличивала процент больных с первичным заживлением раны - 84,4%, 75%, 74%, соответственно.

Таким образом, на основании оценки данных проведенного исследования выявлено, что предоперационная лучевая терапия в сочетании с локальной гипертермией у больных РПК и РМЖ существенно не влияет на течение послеоперационного лечения.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Абросимов А.Ю., Казымов И.К. - Мед. радиология, 1990, N.4, с.32-34;
2. Исаев И.Г., Бейбутов Ш.М., Кулиева Н.Г. и др. - В кн.: Пробл. онкологии и мед. радиологии. Баку, 1992, т.2, с.146-147;
3. Lord P., Kapp D. - Vet. Radiology, 1982, v.23, p.203-210.

#### Summary

#### PREOPERATIVE THERMORADIOTHERAPY INFLUENCE TO COURSE OF POSTOPERATIVE PERIOD IN PATIENTS WITH BREAST AND RECTAL CANCER

I.G.Isayev, Sh.M.Beibutov

On the basis of estimation performed investigation was showed, that preoperative radiotherapy in combination with local hyperthermia in patients with breast and rectum cancer do not influence essentially onto course of postoperative period.

#### ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ВИДЕОСИСТЕМЫ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ

О.К.Ширалиев, Х.А.Мусаев, А.А.Акпербеков  
Республиканский диагностический центр, г.Баку; Азербайджанский институт усовершенствования врачей им.А.Алиева, г.Баку

Учитывая высокую стоимость современной рентгенаппаратуры, которую достаточно сложно периодически обновлять врачами-рентгенологами и специалистами в области медицинской техники, предлагаются различные приспособления и усовершенствования, позволяющие повысить разрешающую способность имеющейся в учреждении аппаратуры, не затрачивая на это значительных средств [1, 2, 3].

С этих позиций нами был предложен и внедрен в повседневную практику метод видеорентгенографии - использование видеосистемы при рентгенологическом исследовании.

Для записи, фиксации и воспроизведения изображения с телевизионной системы рентгеновского аппарата EDR-750V мы использовали 2 типа периферийных устройств: 1) для динамической записи изображения применялся видеоманитофон фирмы Panasonic модели NV-SD205AM, который подключался прямо к монитору типа RFT-TUR-FB3011; 2) для фотопечати использовался термопринтер Mitsubishi-Videoscopy NP71B, копирующий рентгеновское изображение объекта в режиме "стоп-кадр" на термобумаге.

Предложенное устройство можно использовать, практически, при любом рентгенологическом обследовании. Мы использовали его, в основном, при исследовании желудочно-кишечного тракта у пациентов с подозрением на новообразование этих органов. Методика рентгенографии была следующей. Система подключалась к монитору рентгенаппарата до проведения исследования и включалась одновременно с его началом. После завершения исследования врач-рентгенолог просматривал сделанную видеозапись и, при необходимости, фиксировал интересующий его фрагмент рентгенкартины на термобумаге с помощью принтера.

Эта методика была использована при рентгенологическом исследовании 57 больных и показала свою высокую эффективность и рентабельность. В первую очередь, это повышение качества диагностики. Возможность повторно увидеть результаты проведенного исследования, при необходимости, в замедленном режиме съемки и со "стоп-кадром" позволяет врачу более успешно проанализировать выявленные изменения, дифференцировать характер патологии, получить консультацию более опытного специалиста. Это особенно важно при подозрении на новообразование, особенно на ранних стадиях поражения. Тщательный повторный просмотр результатов исследования позволяет успешно дифференцировать банальную язву желудка от малигнизированной, в том числе и при таких локализациях, как верхний отдел желудка, кардиоэзофагеальный рак - т.е. в участках поражения, достаточно сложных для правильной визуальной интерпретации диагноза, где число рентгенологических ошибок особенно значительно. Кроме того, если во время самого исследования врач, как правило, фиксирует внимание, в основном, на участок поражения, при повторном осмотре прицельно осматриваются и смежные структуры, что позволяет точно определить распространенность поражения и сопутствующие изменения.

Во-вторых, методика позволяет заметно уменьшить время исследования и, соответственно, лучевую нагрузку на больного. Рентгенолог, зная, что может воспроизвести полученные результаты повторно, как правило, не затягивает время самого исследования, стараясь закончить его в максимально сжатые сроки. И, наконец, видеорентгенография дает возможность архивировать результаты исследования, что важно при динамическом наблюдении за развитием болезни и контроле за эффективностью проводимого лечения. Немаловажное значение имеет



и получение увеличенной в 1,5-2 раза фотокопии желаемой "картинки", которая, практически, ничем не уступает обычному рентгенснимку, может быть размножена в необходимом количестве экземпляров и получена за считанные секунды. Сделанные во время исследования записи с успехом демонстрировались во время врачебных конференций и использовались для подготовки специалистов.

Следует отметить, что применение видеорентгенографии оказывает определенно психологическое воздействие и на пациента. Представленная возможность просмотреть результаты исследования с подробными комментариями специалиста способствует более доверительному контакту с больным, убеждая последнего в необходимости строго соблюдать все рекомендации врача. При желании пациент может получить и видеокопию исследования, что позволяет ему обратиться за консультацией в другое лечебное учреждение или любому специалисту по своему выбору. Такая необходимость возникает нередко, в основном, при канцерофобии или же - когда действительно выявлено онкозаболевание. Естественно, что каждый новый рентгенолог, к которому обращается пациент, как правило, вынужден проводить повторное исследование, поскольку судить о правильности выставленного диагноза только на основании снимков, порой, достаточно сложно. И, порой, за несколько дней больному выполняется целая серия рентгенисследований, в том числе и при отсутствии реальной патологии. Эта проблема успешно решается с помощью видеозаписи, которая позволяет проконсультировать больного, не прибегая к повторному обследованию.

Таким образом, использование видеосистемы значительно расширяет возможности обычного рентгенологического обследования и позволяет уменьшить лучевую нагрузку на больного. Мы успешно использовали ее как для подготовки специалистов, так и для динамического наблюдения за больными. Подключение видеоприставки возможно, практически, к любому рентгеновскому аппарату с электронно-оптическим преобразователем, а установка ее не требует больших затрат. Предлагаемая система особенно эффективна при обследовании пациентов с подозрением на новообразование, поскольку позволяет максимально объективизировать данные рентгенологического исследования.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Власов П.В., Чикирдин Э.Г. - Вестн. рентгенологии и радиологии, 1994, N.3, с.5-8;
2. Коновалов В.К. и др. - Там же, 1995, N.2, с.52-52;
3. Чикирдин Э.Г., Мартынов Е.Е. - Там же, N.11, 1997, с.44-44.

#### Summary

#### VIDEOSYSTEM APPLICATION DURING X-RAY EXAMINATION

O.K. Shiraliyev, Kh.A. Musayev, A.A. Akperbekov

The new experience of special recording on video equipment the issue of gastroenterolog X-ray investigation was deskibed.

The high informativity of offered equipment analized. Videogipped X-rey sistem allows to create archives useful in teaching and improyes diagnostic results.

#### ЭЛЕКТРОННО-МИКРОСКОПИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПЛАЦЕНТЫ РАБОТНИЦ ПРОИЗВОДСТВЕННОГО ОБЪЕДИНЕНИЯ "АЗНЕФТЬ-ЯГ"

В.А. Али-заде, С.А. Алиева  
Национальный центр онкологии; Азербайджанский медицинский  
университет им.Н.Нариманова, г.Баку

Одним из органов, могущих подвергаться патогенным влияниям различных производственных факторов нефтеперерабатывающего (НПП) и нефтехимического (НХП) производства, является плацента. Значение ее в упорядоченном адекватном функционировании системы "мать-плод", а также в физиологическом течении беременности и родов общеизвестно. Достаточно подробно рассмотрены различные аспекты функциональной деятельности, структурной и метаболической организации отмеченного органа как в условиях нормы, так и при экстремальных и патологических состояниях.

Целью настоящего исследования явилось электронно-микроскопическое изучение плаценты родильниц, контактировавших с вредными факторами НПП и НХП.

**МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ.** Соответственно цели работы, контингент исследования состоял из 100 родильниц 3-х групп:

I группа - контрольная, куда включены 30 родильниц, характер быта и труда которых, практически, не был связан ни с НПП, ни с его вспомогательными службами;

II группа - условно-контрольная, состоявшая из 22 родильниц, трудовая деятельность которых не была связана с основным производством переработки нефти;

III группа - основная, включавшая 48 родильниц - операторов, работающих на установках, а также лаборантов ПО "Азнефть-яг".

Материал для электронно-микроскопических исследований брался из периферической и центральной зон плаценты. Кусочки фиксировались в растворе глюбарового альдегида и параформальдегида с последующей дофиксацией в 10% растворе осмиевой кислоты. Затем они



обезвоживались в ацетонах восходящей концентрации и заливались в ЭПОН-812. Ультратонкие срезы нарезались на ультратоме I KB-3 (Швеция), констатировали и просматривались в электронном микроскопе JEM-100 S (JEOL, Япония) с фотографированием необходимых участков в автоматическом режиме.

**РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ.** Как показал электронно-микроскопический анализ образцов трофобластического эпителия, у рожениц контрольной группы структура его мало отличается от нормы. Так, по ходу синцитиотрофобласта равномерно чередуются зоны округлых ядер и безъядерные цитоплазматические площади, снабженные апикальной щеточной каемкой. Митохондрии в умеренном количестве, мелкие с четкими крестами. Шероховатый эндоплазматический ретикулум (ШЭР) представлен нечастыми канальцами и цистернами. То же самое присуще и комплексу Гольджи (КГ). Синцитискапиллярные пластинки (СКП) имеют обычное строение и представлены базальной мембраной, слоем соединительной ткани, базальной мембраной гемокапилляров.

Основные параметры ультразвуковой организации трофобластического эпителия у рожениц условно-контрольной группы отличаются от вышеописанных. Так, если ультраструктура апикальной и базальной микрозоны синцитиотрофобласта (ГЭР) без особенностей, то в СКП встречаются микрозоны их гипертрофии. Обнаруживаются также участки с повышенным содержанием лизосом. Несколько чаще, чем в контрольной группе, обнаруживаются эндотелиальные пузырьки.

Ультраструктурная организация рассмотренных нами компонентов терминальных ворсин в плаценте рожениц основной группы проявляет определенную изменчивость в зависимости от их трудового стажа. Так, в I подгруппе (трудовой стаж до 5 лет) синцитиотрофобласт утолщен, кое-где фрагментирован. Митохондрии, в основном, набухшие: КГ, ГЭР, ШЭР умеренно гипертрофированы. СКП, наоборот - истончены.

Во II подгруппе (трудовой стаж от 5 до 10 лет) деформация, а порой и деструкция, синцитиотрофобласта приобретают более частый характер. Так, на большем протяжении трофобластического эпителия его апикальная поверхность лишена щеточной каемки, митохондрии характеризуются набуханием очаговой и тотальной фрагментации крист. Канальцы и цистерны ГЭР, ШЭР и КГ - с очагами дезорганизации и распада. СКП, большей частью, деформированы.

В III подгруппе (трудовой стаж свыше 10 лет) деформация и деструкция синцитиотрофобласта на большем протяжении ворсинкового покрова становится резко выраженным. В прилегающих к очагам повреждения участках покров полностью лишен щеточной каемки. В отмеченных участках достаточно выражены изменения и синцитиоплазмы. Большинство ее субструктур лишено обычного строения, фрагментировано и поглощается аутофагосомами. Отслойка базальной поверхности эпителия от подлежащей мембраны, практически, по всему ходу огрубевшая, деформированная, лишена обычной трехслойности. СКП гипертрофированные, с деформацией. И, наконец, следует подчеркнуть массивные разрастания достаточно грубых фиброзных масс по всей строме, что абсолютно не характерно для неизменной плаценты.

Подводя итоги изложенному, можно заключить следующее. Сколько-либо значимых отклонений ультраструктурной организации терминальных ворсин плаценты у рожениц контрольной группы от интактных параметров не регистрируется.

Плацента у рожениц условно-контрольной группы, в целом, характеризуется почти той же совокупностью электронно-микроскопических критериев, которые присущи и контрольной группе.

Ультраструктурный анализ даже некоторых основных параметров терминальных ворсин плаценты у рожениц основной группы указывает на существенные отклонения субмикроскопической картины морфо-функциональной организации плаценты. Обнаруженные отклонения в большинстве случаев носят весьма масштабные, а иногда и повсеместный, характер.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Баллыева Ж.З. Клинико-морфологические параллели при исследовании плаценты у первобеременных женщин при преждевременных родах. - Автореф.дисс....канд.мед.наук., М., 1984, 24с;
2. Брусиловский А.И. Функциональная морфология плацентарного барьера человека. Киев: Здоровье, 1976, с.135;
3. Вендило М.В. - В кн.: Морфологические методы исследования в гигиене и токсикологии. М., 1983, с.105-109;
4. Цапок П.И. - В кн.: Комплексные гигиенические исследования в районах интенсивного промышленного освоения. Новкузнецк, 1982, с.99-100;
5. Ahlboard G. et al. - J.World Environ.Health., 1989, v.15, p.227-233;
6. Hoffman D. et al. - Toxicol.Lett, 1981, v.9, N.1, p.35-40.

#### Summary

#### ELECTRON-MICROSCOPIC CHARACTERISTICS OF PLACENTA IN EMPLOYEES OF THE "AZNEFT-YAG" ESTABLISHMENT

V.A.Ali-zade, S.A.Aliyeva

We are studied microscopic placenta changes in 100 employees in one of the establishment in Azerbaijan Republic.

\*



## ИММУННЫЕ НАРУШЕНИЯ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ТКАНЕЙ ПАРОДОНТА У БОЛЬНЫХ ПОЧЕЧНО-КАМЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ

О.С. Сеидбеков, Р.М. Караев  
Азербайджанский институт усовершенствования врачей  
им. А.Алиева, г. Баку

Болезни тканей пародонта отличаются значительной распространенностью и взаимосвязанностью с другими соматическими заболеваниями [1, 3, 5]. Исследованиями последних лет установлена взаимосвязь заболеваний тканей пародонта с фоновой почечно-каменной болезнью (ПКБ) в 100% случаев [2]. В клинической картине особенностей заболеваний пародонта у больных ПКБ выявляется повышенное отложение зубного камня, происходящего в результате нарушения фосфорно-кальциевого обмена, повышения проницаемости сосудов, снижения скорости слюноотделения, что способствует избыточному образованию зубного камня [6, 8]. Вместе с тем, в основе патологических процессов тканей пародонта лежат иммунологические механизмы, разыгрываются реакции между клетками иммунной системы и антигенами, нередко, завершающиеся распадом собственных тканей и вызывающие реакции немедленного и замедленного типа. В этой связи особую актуальность приобретает изучение иммунных механизмов в развитии сочетанного поражения болезнью пародонта и ПКБ.

Целью настоящей работы явилось изучение состояния иммунологической реактивности организма при заболеваниях тканей пародонта у больных ПКБ. Под наблюдением находилось 60 больных с ПКБ с заболеваниями пародонта различной степени выраженности. I-ую группу составили 25 больных с гингивитом, II-ую группу - 35 больных с пародонтозом. Контрольную группу составили 30 практически здоровых лиц. Полученные результаты подвергнуты статистической обработке с вычислением критерия Стьюдента. Состояние иммунного статуса оценивали по результатам исследования основных показателей клеточного, гуморального иммунитета и неспецифической защиты организма. Количественное определение Т-лимфоцитов (Ел-РОК), розеткообразующих нейтрофилов (Ен-РОК) произведено методом спонтанного розеткообразования с эритроцитами барана и показателей фагоцитоза нейтрофилов с дрожжевыми клетками [4]. Иммунорегуляторные субпопуляции Т-лимфоцитов теофиллинрезистентные (Ттр) хелперы и теофиллинчувствительные (Ттч) супрессоры определяли методом Limatibuli et al. [9], уровень циркулирующих комплексов (ЦИК) в сыворотке крови - по методу Digeon et al. [7] и уровень IgG, IgA и IgM - по Mancini et al. [10].

Изучение иммунологического состояния больных ПКБ с гингивитом, в сравнении со здоровыми донорами, выявило незначительное снижение количества Т-лимфоцитов. При этом, отмечалось нарушение соотношения их субпопуляций: количество Ттр не претерпело особых изменений, а содержание Ттч достоверно снижалось по отношению к контрольной группе ( $p < 0,005$ ). Результатом диспропорциональных изменений иммунорегуляторных субпопуляций у больных ПКБ с гингивитом являлось достоверное повышение у них хелперно-супрессорного коэффициента ( $p < 0,005$ ).

Характеризуя состояние неспецифической защиты организма больных I-ой группы, следует отметить снижение уровня розеткообразующих нейтрофилов и их фагоцитарной активности в отношении дрожжевых клеток, а также высокую активность НСТ-позитивных нейтрофилов, по сравнению с контрольной группой.

В сыворотке крови больных I-ой группы отмечалось снижение содержания IgM и IgA. Учитывая протективную функцию IgA в участии синтеза SIgA слизистой оболочки, мы склонны расценивать снижение количества этих иммуноглобулинов как неблагоприятный фон для развития гингивита у больных ПКБ. Нами выявлен повышенный уровень IgG и ЦИК, что, вероятно, связано с повышенным антителообразованием при постоянной антигенной стимуляции у больных ПКБ с заболеваниями пародонта.

Определение содержания Т-лимфоцитов у больных II-ой группы выявило уменьшение процентного содержания их в периферической крови в большей степени, чем у больных I-ой группы. Колебания параметров клеточного иммунитета свойственны и иммунорегуляторным механизмам. В изменениях уровней Ттр и Ттч лимфоцитов определяются более глубокие сдвиги у больных II-ой группы ПКБ с пародонтозом. Полученные данные о снижении в 1,6 раза ( $p < 0,005$ ) процентного содержания Ттч-лимфоцитов супрессоров подтверждают роль аутоиммунных реакций в патогенезе как заболеваний пародонта, так и заболеваний почек.

Характер изменения фагоцитарной активности и розеткообразующей функции нейтрофилов установил статистически достоверное снижение фагоцитарной активности нейтрофилов, зависящей от тяжести патологического процесса в пародонте, что свидетельствует о снижении реактивности организма.

Наряду с этим определяется повышение концентрации IgG и ЦИК в крови. Причем, эти изменения выражены сильнее во II-ой группе больных, у которых ПКБ отягощена пародонтом, чем в контрольной группе и в группе больных гингивитом.

Проведенные исследования позволили определить степень иммунных нарушений у больных гингивитом и пародонтозом с фоновой патологией. Полученные данные свидетельствуют, что у больных ПКБ с гингивитом и пародонтозом нарушения клеточного звена иммунитета сопровождаются снижением уровня Т-клеток, дефицитом Т-супрессоров, повышенным уровнем ЦИК и IgG, которые характеризуют этот процесс как аутоиммунный и препятствуют репаративным процессам пародонта.

Следовательно, повышение концентрации ЦИК и IgG в крови таких больных, по-видимому, не только связано с происходящими патологическими процессами в тканях пародонта, а, скорее всего, является проявлением состояния организма, предопределяющего возникновение и развитие данной патологии. Поэтому возможная связь иммунных нарушений у больных ПКБ с заболеваниями тканей



пародонта заслуживает более подробного изучения и позволит в ближайшее время корректировать эти процессы.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Байгулина С.Ж. - *Вопр.стоматол.*, 1982, вып.3, с.59-61;
2. Иванов В.С. *Заболевание пародонта*. М.: Медицина, 1989, с.272;
3. Ковалевский А.М. и др. - В кн.: *Новые технологии в стоматологии и челюстно-лицевой хирургии*. - Санкт-Петербург, 1996, вып.1, с.30-31;
4. Понякина И.Д. и др. - *Лабораторное дело*, 1983, N.9, с.49-51;
5. Сафаров Т.Х. *Патогенетические основы клиники, терапии и профилактики заболеваний пародонта у больных с хронической патологией желудочно-кишечного тракта*. - Автореф.дисс.... докт.мед. наук, М., 1989, 35с.;
6. Chechi L. et al. - *Dental Cadmos*, 1991, v.5, p. 80-95;
7. Digeon M. et al. - *J.Immunol.Methods*, 1977, v.16, p.165-183;
8. Khocht A. - *J. Periodontology*, 1996, v.67, p.1206-1209;
9. Limatibuli S. et al. - *Clin.Exp.Immunol.*, 1978, v.33, p.503-513;
10. Manchini G. et al. - *In: Proc.Biol. fluids. Amsterdam*, 1965, p.370-379.

#### Summary

#### IMMUNE CHANGES DURING PARODONT DISEASES IN PATIENTS WITH NEPHROLYTHIASIS O.S.Seidbekov, R.M.Karayev

We are studied immunological changes and their role in parodont diseases in patients suffering from renolythiasis.

#### ЗНАЧЕНИЕ НЕКОТОРЫХ ФАКТОРОВ В РАЗВИТИИ РЕЦИДИВА У БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ

Н.А.Аббасов, М.Н.Алиева, Н.Ф.Эфендиев НИИ фтизиатрии и пульмонологии, г.Баку

В последние годы достигнуты большие успехи в лечении больных с впервые выявленным туберкулезом и с рецидивами туберкулезного процесса [1].

В настоящей работе проведена сравнительная оценка результатов химиотерапии с применением рифампицина у больных с впервые выявленным туберкулезом легких и с рецидивами.

Под наблюдением находилось 95 больных с деструктивным туберкулезом легких с бактериовыделением. У 53 больных заболевание выявлено впервые (I группа), у 42 имела место реактивация процесса (II группа). Следует подчеркнуть, что в обеих группах больные по полу и возрасту были одинаковы. В основном, преобладали мужчины старше 30 лет - 60 человек.

Из 53 впервые выявленных больных очаговый туберкулез впервые диагностирован у 4, инфильтративный - 37, диссеминированный - 5, кавернозный - 1, фиброзно-кавернозный - 3, туберкулома - 2. Из 42 больных с реактивацией туберкулезного процесса очаговый туберкулез легких имел место у 1, инфильтративный - 24, диссеминированный - 6, фиброзно-кавернозный - 8, туберкулома - 3.

Туберкулезные больные с рецидивом процесса лечились комбинацией изониазид+рифампицин+стрептомицин - промид или этамбутол (23 больных). Другая подгруппа этой группы больных получала изониазид+рифампицин+стрептомицин с заменой последнего через 3 месяца лечения промидом или этамбутолом (22 больных).

Следует подчеркнуть, что лечение больных с рецидивами туберкулеза оказалось менее эффективным, по сравнению с лечением впервые выявленных больных, так, если прекращение бактериовыделения и закрытие каверны у больных с рецидивами туберкулеза наступило к 6-12 мес., соответственно, то у больных с впервые выявленным туберкулезом названные факторы восстановлены к 3 и 6 мес., соответственно, т.е. значительно раньше.

Различия в сроках заживления каверны и прекращения бактериовыделения у больных с рецидивами и у впервые выявленных больных туберкулезом способствовало образованию неодинаковых остаточных изменений в легких.

Так, у больных с рецидивом значительно чаще ( $p < 0.005$ ) исходом деструктивного туберкулеза были выражены фиброзные изменения типа индурационного поля, либо фиброзно-булезные образования.

На наш взгляд, более низкая эффективность лечения больных с рецидивом деструктивного туберкулеза, во многом, была обусловлена развитием у них тяжелых клинических форм со сформированными кавернами и выраженными фиброзно-склеротическими изменениями в окружающей ткани.

Побочные реакции на химиотерапию среди впервые выявленных больных туберкулезом составляли 52,1+-6% больных, в том числе у 24+-5% - в виде неустраиваемых реакций, а у лиц с рецидивами туберкулеза аналогичные реакции были в 33+-2% случаев, из них только в 6+-0,4% неустраиваемы.

Таким образом, можно сделать 2 основных вывода. Во-первых, у больных с рецидивами и обострениями туберкулеза в условиях современной химиотерапии обнаруживались вокруг каверны фиброзные и эмфизематозно-булезные изменения достоверно чаще, чем у впервые



заболевших (соответственно, у 66+-5,6% и 22+-1,5%). Во-вторых, наименьшая эффективность результатов химиотерапии у больных с рецидивами туберкулеза обусловлена большей выраженностью рентгено-морфологических изменений в легких и худшей переносимостью антибактериальных препаратов.

#### ЛИТЕРАТУРА

1.В.М.Коломиец. - В кн.: Тез.докл. 2-го съезда фтизиатров УССР. Киев, 1981, вып.7, с.167-168.

#### Summary

#### SOME FACTORS IMPORTANCE IN LUNG TUBERCULOSIS RELAPSE

N.A.Abbasov, M.N.Aliyeva, N.F.Efendiyev

In the present work was given comparable estimation of the chemotherapy results with rifampicin using in patients with primary lung tuberculosis ant relapse of disease.

#### PARAMETERS OF LOCAL IMMUNITY IN PATIENTS WITH FOR THE FIRST TIME REVEALED DESTRUCTIVE LUNG TUBERCULOSIS

E.N.Mamedbekov

Azerbaijan Physician's Improvement Institute  
named after A.Aliyev, Baku

By the numerous literature data immunity condition renders essential influence on tuberculous process expressivity and activity, and in the end, on efficiency of adequate treatment and outcome of disease as a whole [2].

It is necessary to note, that study of a immune status condition in patients with the various forms of tuberculosis was performed by a number of authors [3]. Between that, various aspects of this problem are studied not equally. So, in particular, question about general changes in immunity at this category of patients is investigated more complete and deeper, than some questions concerning features of local immunity change.

In connection with stated above we were performed research, having the purpose to determine character of local immunity changes in patients with the for the first time revealed destructive tuberculosis.

For an estimation of a local immunity condition was studied cellular structure of bronchoalveolar lavage liquid (BALL) before treatment.

The BALL cytograms analysis included definition in it percentage of alveolar macrophages, lymphocytes and neutrophiles.

In observable patients was revealed the sharp increase of general cytosis in comparison with the control. Increase of general cytosis accompanying by the cellular structure change, consisting in essential reduction of alveolar macrophages number with the moderate lymphocytosis ( $p < 0,05$ ) and expressed neutrophiles ( $p < 0,05$ ). With it is established, that the smaller quantity of cells was determined in lavage liquid in patients with the best general condition of health, moderate but expressed symptoms of intoxication, having in limited specific process in lungs. Sharp alveolar macrophages decrease and expressed neutrophiles was observed in patients with advanced process in pulmonar tissue.

Results of alveolar macrophages functional activity, determined with the help of HCT-test have shown, that the HCT-test was significantly high ( $p < 0,05$ ) in observable patients in comparison with the control. Thus was established, that the given test was high in patients with greater destruction of pulmonar tissue with presence of a perifocal infiltration, dissemination, with expressed symptoms of intoxication, that testifies about significant depressive influence of specific process on alveolar macrophages activity.

At the observable patients have revealed not only quantitative deficit of T-lymphocytes in BALL ( $p < 0,05$ ), but also expressed disbalans of the regulatory subpopulations, consisting in reduction T-helpers numbers ( $p < 0,05$ ), sharp increase of T-suppressors number ( $p < 0,05$ ). This disbalans has resulted in change of an Th/Ts index ( $p < 0,05$ ).

One of the conducting factors of bronchopulmonar protection are the antibodies submitted by local-produced immunoglobulins (first of all IgA with secretory component - sIgA).

BALL of the observable patients was characterized by decrease of IgA levels ( $p < 0,05$ ) and sIgA level ( $p < 0,05$ ), and in patients with disseminated processes the given parameters were significantly below, than in patients with the limited processes. The increase of an IgG level is marked ( $p < 0,05$ ).

The increase of an IgM level specified severity of inflammatory process in lungs and bronchi and frequently determined adverse prognosis. In BALL of observable patients was revealed IgM and in patients with the disseminated changes in lungs IgM level was in 2,1 times above, than in patients with limited changes.



We determined activity adenosindeaminase (ADA) in BALL [1]. The activity of given enzyme is revealed, that as well as in blood, in observable patients was essentially reduced in comparison with analogous parameters, got in BALL of 10 surveyed persons, in which was not revealed pulmo-bronchial pathology. Decrease of ADA activity we have regarded as an attribute of immunocytes dysfunction presence, showing deficiency of local immunity.

Thus, most characteristic changes in local immunity, estimated on structure of cellular elements in BALL were: a) Sharp increase of cell's number in unit of volume; б) other changes were similar those, revealed in peripheral blood.

Expressivity of changes in local immunity was appreciably above in disseminated processes in comparison with, similar changes marked in patients with limited process.

It is necessary especially to emphasize high informativity of the fact of ADA activity reduction in BALL lymphocytes as the high sensitivity marker of the immunological insufficiency. Importance of this parameter, first of all is the its detection, that even on a background of normal others immunological parameters, testifying about functional inferiority of immunocytes, and thus points on large probability of immunodeficiency development.

#### REFERENCE

1. Гудратов Н.О., Мамедов М.К. - Азерб.Ж.онкологии и смежных наук, 1996, v.2, с.67;
2. Tuberculosis. Guide for low income countries.- Int.Union against tuberculosis and lung diseases, 1994;
3. Yang R. Immunology of mycobacterial infections. - In: Immunology of bacterial and fungal infections. N.Y.: Raven Press, 1995.

#### ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ КВАМАТЕЛА В ТЕРАПИИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ

И.Т.Абасов, А.Б.Гасанова-Самедова  
НИИ гастроэнтерологии, г.Баку

В связи с распространением язвенной болезни среди трудоспособного населения и постоянным ростом заболеваемости необходимо продолжение поиска высокоэффективных противоязвенных средств, позволяющих ускорить процесс рубцевания язвенного дефекта, и, таким образом, уменьшить продолжительность периода нетрудоспособности пациента. Достичь этой цели и даже, во многих случаях, избежать госпитализации больного в стационар позволили некоторые эффективные препараты III поколения блокаторов H<sub>2</sub>-рецепторов гистамина (фамотидин), к которым относится квамател, синтезированный фирмой "Гедеон Рихтер" (Венгрия).

Квамател, являясь мощным антагонистом H<sub>2</sub>-гистаминовых рецепторов, эффективно снижает основную, стимулированную пищей и лекарственными препаратами, секрецию соляной кислоты в желудке. Благодаря своему антисекреторному действию, квамател приводит к значительному снижению кислотного желудочного сока, что является необходимым моментом в процессе излечения пептической язвы и профилактики рецидивов заболевания [1].

На сегодняшний день проведено большое количество двойных слепых клинических исследований лечебного эффекта фамотидина у больных, страдающих язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки, а также у больных с синдромом Золингера-Эллисона [3]. Имеются публикации о результатах контролируемых клинических исследований фамотидина у больных с кровотечениями из верхних отделов желудочно-кишечного тракта [4, 5]. Во всех исследованиях показана высокая эффективность при малых и редких побочных эффектах фамотидина [2, 6].

Квамател является сильнодействующим пролонгированным блокатором H<sub>2</sub>-рецепторов гистамина. Выпускается в таблетированной форме по 20 и 40 мг и в инъекционной форме по 20 мг для внутривенного введения.

С целью оценки терапевтического эффекта, анализа динамики клинических проявлений язвенной болезни, побочных действий кваматела, сроков рубцевания язвенного дефекта в терапевтическом отделении НИИ гастроэнтерологии проводилось клиническое исследование препарата Квамател.

Под нашим наблюдением находилось 60 больных, у 49 из них язвенный дефект локализовался в луковице двенадцатиперстной кишки, у 11 - в желудке, в том числе у 3 - в канале привратника, у 3 - в анастомозе после резекции желудка по Бильрот II.

Всем больным проводилось клиническое, эндоскопическое, а 44 больным - функциональное исследование желудка (базальная и максимальная стимулированная секреция исследуемого сока). При эндоскопическом исследовании диаметр язвенного дефекта колебался от 3 до 24 мм, наиболее часто язвенный дефект имел диаметр 5-6 мм без признаков рубцевания на фоне выраженного или резко выраженного периульцерозного воспаления, гастрита, дуоденита, перибульбита. Наряду с этим у 21 больного диагностированы рефлюкс-эзофагит и недостаточность кардии. Длительность заболевания составила от 1 месяца до 14 лет, в среднем, 4,2 года, сезонность обострения отмечена у 86% больных. В 38,3% случаев течение заболевания было с обострениями дважды в году, в 55% случаев рецидивы возникали раз в год, у остальных - отмечались не каждый год. Среди больных преобладали мужчины - 73,3% случаев, возраст пациентов был в пределах от 17 до 65 лет.

Квамател назначали обычно в виде монотерапии в дозе 40 мг/с перорально до рубцевания язвенного дефекта по данным эзофагодуоденоскопии. Эндоскопический контроль осуществляли через 3,



4, 8 недель. Дозу препарата, время и кратность приема подбирали индивидуально с учетом выраженности и периодичности появления клинических симптомов.

Кислотообразование в базальную и стимулированную гистамином фазу у большинства больных (44) с язвой в луковице двенадцатиперстной кишки было повышено, из них у 38 - значительно повышено, у 6 человек с язвенной болезнью желудка было отмечено некоторое снижение секреции в базальную и стимулированную фазы. При лечении квамателом учитывалась динамика основных клинических симптомов: боль в эпигастрии, тошнота, рвота, изжога, запоры, поносы, астения, чувствительность в эпигастрии при пальпации. У всех больных отмечался характерный болевой синдром. Ликвидация ночных болей после назначения кваматела отмечалась через 2-3 суток. В дневное время к этому времени их интенсивность и частота значительно снижалась у 20%, у 75% - отмечалось полное купирование болевого синдрома. Изжога прекращалась, в основном, через 8-10 дней. По данным эзофагогастродуоденоскопии, проведенной через 3 недели, полное рубцевание язвенного дефекта в луковице двенадцатиперстной кишки отмечалось у 60%, через 4 недели - у 88,3%. При язвенной болезни желудка рубцевание через 4 недели составляло 63,3%. У 5% больных через 4 недели язвенный дефект значительно уменьшался, но не исчезал полностью, что объяснялось большим размером и глубиной язвенного дефекта на фоне грубой рубцовой язвенной деформации. Эффективность препарата снижалась при длительном (более 3 лет) "язвенном" анамнезе, локализации язвы в канале привратника, использовании перед применением кваматела других препаратов из группы H<sub>2</sub>-блокаторов.

При лечении 10 больных использовали препарат для парентерального введения. Показаниями явились желудочно-кишечные кровотечения эрозивно-язвенной этиологии, выраженный болевой синдром при язвенной болезни. Суточная доза составляла 40 мг при двукратном введении.

В всех больных с кровотечениями лечение квамателом являлось частью комплексной терапии, обычно внутривенно квамател назначался в течение 5 дней с последующим переходом на стандартную пероральную терапию. После заживления язвы квамател назначался в качестве противорецидивного средства в дозе 20 мг/с, в течение 3 месяцев, что позволило предотвратить обострение у 100% пациентов в течение года наблюдения. В период лечения квамателом аллергические проявления не отмечены. Побочные действия препарата в виде головных болей, усталости, головокружения отмечены у 5% больных. Галакторея и диарея отмечались у 2 больных. Препарат не рекомендуется женщинам с отягощенным гинекологическим анамнезом, дизэнцефальными нарушениями, больным с аллергией к H<sub>2</sub>-блокаторам.

Таким образом, квамател является эффективным лекарственным средством для лечения язв, и при неосложненном течении болезни и отсутствии сопутствующих патологий может быть применен в виде монотерапии. Он быстро купирует субъективные симптомы, удобен в применении, не дает выраженных побочных эффектов, характерных для H<sub>2</sub>-блокаторов других поколений, что позволяет рекомендовать его к использованию при лечении язвенной болезни не только в стационарных, но и амбулаторных, условиях.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Гребенев А.Л. и др. - Клиническая медицина, 1993, N.6, с.30-31;
2. Григорьев П.Я. и др. - Там же, 1992, N.11-12, с.48-50;
3. Шептулин А.А. - Там же, 1994, N.1, с.12-15;
4. Hunyady B. et al. - Pharmacol. Res., 1992, S.2, p.202;
5. Physicians Desk References, 1990, ed.44, p.428;
6. Reynolds J. et al. - Gastroenterology, 1992, v.102, N.4, p.72.

#### Summary

#### KVAMATEL USING EXPERIENCE IN ULCER DISEASE THERAPY

I.T.Abasov, A.B.Gasanova-Samedova

In this paper efficiency of the Kвамател preparation for ulcer treatment was showed. This drug may be used in monotherapy regimen if do not presence accompanying pathology.

#### ИММУНОСЕРОЛОГИЧЕСКАЯ СТРУКТУРА В ОТНОШЕНИИ ВИРУСНЫХ ГЕПАТИТОВ СРЕДИ ДЕТСКОГО НАСЕЛЕНИЯ г.БАКУ

Н.Д.Гулиев, Ф.М.Векилова, С.М.Кулиева, А.Н.Ахмедова, Р.Г.Мустафа-ева НИИ педиатрии им.К.Фараджевой; Центр здоровья семьи, г.Баку

Для оценки интенсивности циркуляции среди детского населения г.Баку вирусов гепатита А (ВГА), гепатита В (ВГВ) и гепатита С (ВГС) нами было проведено целенаправленное сероэпидемиологическое обследование детского контингента, включающего 7 возрастных групп (по 200 человек в каждой): I (до 1 года), II (от 1 до 3 лет), III (от 3 до 6 лет), IV (от 6 до 9 лет), V (от 9 до 12 лет), VI (от 12 до 15 лет) и VII (от 15 до 18 лет).

Исследования проводились с помощью иммуноферментного анализа, воспроизводимого на основе коммерческих диагностических наборов для определения суммарных антител к вирусу гепатита А (анти-ВГА), поверхностного антигена ВГВ (HBsAg) и суммарных антител к ВГС (анти-ВГС).

Интенсивность циркуляции ВГА среди детей оценивали на основании возрастной иммуноструктуры, оцениваемой как доля серопозитивных в отношении анти-ВГА в каждой возрастной группе. Полученные



результаты позволили установить, что серопозитивные в отношении указанных антител в обследованном контингенте составили

61,7%. При этом, доля серопозитивных в этих возрастных группах составила: в I - 69%, во II - 36%, в III - 43%, в IV - 54%, в V - 65%, в VI - 74% и в VII - 91%.

На основании этих данных мы пришли к заключению о том, что в общих чертах характер иммуноструктуры в отношении анти-ВГА для г.Баку сходен с таковыми, описанными для других городов, в которых отмечается довольно интенсивная циркуляция ВГА среди населения [2]. В данном случае, можно считать, что наиболее интенсивная сероконверсия происходит в юношеском возрасте.

Изложенное позволяет заключить, что, судя по характеру формирования и динамике изменения иммуноструктуры населения к ВГА, с увеличением возраста можно полагать, что эпидемический процесс, обусловленный ВГА, на территории Азербайджана отличается весьма высокой степенью активности. При этом, по всей вероятности, большое число лиц инфицируется и приобретает антитела, перенося безжелтушную и субклиническую формы инфекции.

Анализ результатов серологического обследования данного контингента на наличие HBsAg показал, что данный антиген был выявлен у 2,43% всех обследованных. При этом, доля HBsAg-позитивных в этих возрастных группах составила: в I - 2,5%, во II и III - 1,5%, в IV - 2,0%, в V - 2,5%, в VI - 3,0% и в VII - 3,5%. Иными словами, в возрастной группе 15-18 лет частота выявления HBsAg приближается к таковой у взрослых, которая, по данным литературы, для г.Баку составляет порядка 3,5% [1, 4]. Если принять во внимание информацию о том, что среди носителей этого антигена за год его теряет, примерно, 0,5% [6], то можно полагать, что полученные результаты отражают, с одной стороны, процесс естественной элиминации HBsAg среди перинатально инфицированных детей, а с другой стороны - нарастание числа инфицированных в процессе последующей жизни.

Судя по результатам серологического обследования на наличие анти-ВГС, серопозитивными в отношении данных антител оказались 1,29% обследованных, причем, их доля по группам составила: в I и во II - 0,5%, в III - 1,0%, в IV, V и VI - 1,5% и в VII - 2,0%. И в этом случае мы выявили тенденцию, выражающуюся в том, что у детей по мере взросления возрастает процент серопозитивности, который в группе 15-18 лет приближается к аналогичному показателю среди взрослых жителей г.Баку [3, 5].

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Мамедов М.К. и др. - Азмеджурнал, 1991, N.12, с.32-35;
2. Мамедов М.К., Саилов М.Д. Вирусные гепатиты. Баку, 1993;
3. Саилов М.Д., Мамедов М.К. - Журн. микробиол., эпидемиол. и иммунобиол., 1995, N.6, с.37-38;
4. Mamedov M.K. et al. - In: Abst. 4-th Europ. Congr. of Intern. Soc. Blood Transfusion. Venezia, 1995, p.396;
5. Mamedov M.K. et al. - In: New aspects in hepatology and gastro- enterology. Falk Symp. Tbilisi, 1998, p.179;
6. Rizetto M. Hepatitis B and D. - In: New trends in hepatology. St.-Petersburg, 1996, p.10.

#### S u m m a r y

#### VIRAL HEPATITIS IMMUNOSEROLOGICAL STRUCTURE OF INFANT POPULATION IN BAKU

N.D.Guliyev, F.M.Vekilova, S.M.Kuliyeva, A.N.Akhmedova,  
R.G.Mustafayeva

In 6 aged (200 persons in each) groups was performed analysis of viral hepatitis presence in infant population in Baku.

\*

#### КЛИНИКО-БИОХИМИЧЕСКИЕ И СЕРОЛОГИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ВИРУСНЫМ ГЕПАТИТОМ В В ПРОЦЕССЕ ЛЕЧЕНИЯ РОФЕРОНОМ-А

С.Э.Пашабейли, Н.И.Миришли, И.Н.Ахмедова, Н.О.Гудратов  
Азербайджанский институт усовершенствования врачей им.А.Алиева;  
Национальный центр онкологии, г.Баку

Используемая в настоящее время терапия острого вирусного гепатита В (ОГВ) не всегда эффективна и саногенез, нередко, затягивается на 2-3 и более месяцев, а частота хронизации ОГВ, по-прежнему, достигает 10% и более. Имеющиеся в литературе данные по вопросам о возможности и целесообразности использования интерферонов [4] и, в частности, роферона-А [6] при лечении больных ОГВ и о характере влияния интерферонотерапии на прогноз ОГВ, по ряду объективных причин, можно рассматривать лишь как предварительные, а ответы на эти вопросы, по мнению ряда авторитетных ученых, все еще остаются предметом дискуссий [5].

Для получения ответа на этот вопрос было проведено специальное исследование, в основу которого легло сравнение результатов клинико-биохимического и серологического обследования 2-х равных по численности и сходных по составу групп больных ОГВ, отобранных



на основании следующих критериев: 1) наличие в сыворотке крови HBsAg; 2) наличие гипербилирубинемии на уровне, превышающем норму не менее, чем в 2 раза и 3) отсутствие в крови серологических маркеров инфицирования вирусами гепатита С и D. Больные 1-й группы (60 человек) получали только общепринятое патогенетическое и симптоматическое лечение. Больным 2-й группы (60 человек), помимо такого же лечения, делали инъекции РА в суммарной дозе 22,5 млн единиц.

В качестве рекомбинантного интерферона был использован альфа-2а-интерферон в виде коммерческого препарата "Роферон-А" (Hof-mann-La Roche, Швейцария).

Для определения предпочтительного для широкого использования режима введения роферона-А (РА) была сравнена между собой по основным показателям 2 режима введения препарата: режим А (31 больной) и режим В (29 больных). Режим А заключался в введении препарата в дозе 1,5 млн МЕ посредством 10 инъекций каждый день и последующих 5 инъекций - через день. Режим В предполагал введение препарата в дозе 1,5 млн МЕ посредством 5 инъекций каждый день и последующих 10 инъекций - через день.

Поскольку побочные проявления терапии РА у больных ОГВ и результаты клинического наблюдения за больными ОГВ ранее были нами опубликованы [1, 2, 3], мы кратко охарактеризуем результаты биохимического и серологического мониторинга больных ОГВ, получивших лечение РА.

У больных, получавших РА, процессы снижения концентрации билирубина в крови и активности сывороточной аланин-аминотрансферазы (АлАТ) протекали достоверно быстрее, нежели у больных, не получавших этот препарат. Так, у больных, получавших РА, продолжительность гипербилирубинемии была, в среднем, на 5,3 дня, а гипераминотрансфераземии - на 4,9 дня короче, чем у больных, не получавших РА.

Надо отметить, что спустя 12 недель (срок, по истечении которого наличие повышенных показателей уровня билирубина и активности АлАТ позволяет говорить о переходе инфекции в хроническую форму) в группе больных, получавших РА, не было отмечено ни одного случая гипербилирубинемии и лишь 1 случай сохранения активности АлАТ, превышающей норму, примерно, на 20%. Между тем, среди больных, не получавших инъекции РА, у 3 сохранилась умеренная гипербилирубинемия, что было расценено как косвенное свидетельство развития у них хронического ГВ.

На 2-й неделе лечения РА, примерно, у половины больных было зарегистрировано транзиторное (спустя неделю оно нивелировалось) умеренное повышение уровня билирубина и более, чем у 2/3 больных - заметное возрастание активности АлАТ. Вероятно, оно было обусловлено активацией иммунозависимого процесса деструкции гепатоцитов, связанной с транзиторным повышением интенсивности аутоиммунных реакций, инициированных иммуномодулирующей активностью РА.

Сопоставление средней длительности HBs-антигемии в группах больных, получавших и не получавших инъекции РА, показало, что у первых ее длительность составила 20,0 дней, а у последних - 29,3 дней ( $p < 0,05$ ). Сопоставление в отношении периода выявления HBeAg выявило аналогичную картину: если у первых он составил 10,9 дней, то у последних - 16,9 дня ( $p < 0,05$ ).

И, наконец, у 5,0% больных, не получавших РА, даже спустя 3 месяца после начала наблюдения был обнаружен HBsAg, что позволило считать, что у них произошла хронизация инфекционного процесса. Это подтверждалось и биохимическими тестами - у данных 3 больных имелись умеренная гипербилирубинемия и гипераминотрансфераземия.

Таким образом, можно обоснованно полагать, что введение РА больным ОГВ не только достоверно ускоряло торможение репликации и элиминацию вируса из организма, но и снижало частоту хронизации инфекции, предотвращая развитие персистентной инфекции.

По конечному эффекту, комплексно оцениваемому клинико-биохимическими и серологическими методами, режимы А и В введения РА могут считаться равноценными. В то же время, приняв во внимание те обстоятельства, что введение РА в режиме А обеспечивает менее длительное проявление побочного действия препарата и антигемии, ему может быть отдано предпочтение, по сравнению с режимом В.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Мамедов М.К. и др. - В кн.: Тез. доклад. 1-й научно-технич. конф. Азерб. Национ. ун-та. Баку, 1997, с.29-30;
2. Миришли Н.М. и др. - В кн.: Гепатит В, С, D и G - проблемы изучения, диагностики, лечения и профилактики. М., 1997, с.150;
3. Миришли Н.М. и др. - Здоровье (Баку), 1997, N.7, с.55;
4. Соринсон С.Н. Вирусные гепатиты. С.-Пб.: Теза, 1996;
5. Hollinger F. - In: Int.Symp.: Viral hepatitis. Tashkent, 1997, p.23-26;
6. Salov V. et al. - Int.Islamic Medical J., 1996, v.2, p.100.

#### Summary

#### CLINICAL, BIOCHEMICAL AND SEROLOGICAL PARAMETERS IN ACUTE VIRAL B HEPATITIS PATIENTS UNDERGONE TREATMENT WITH ROFERON-A

S.E.Pashabeili, N.I.Mirishli, I.N.Akhmedova, N.O.Gudratov

On the basis of clinical, biochemical and serological analysis we are showed efficiency of Roferon-A treatment in patients with acute viral B hepatitis.



## О ХРОНИЧЕСКИХ ГЕПАТИТАХ У ДЕТЕЙ

С.А.Гусейнова

Азербайджанский медицинский университет им.Н.Нариманова, г.Баку

Исследования последних лет показали, что хронический гепатит (ХГ), чаще всего, связан с вирусами гепатитов В и С [1]. Большинство клиницистов склонялись к тому, что формирование ХГ наблюдается, главным образом, после атипичных, безжелтушных форм гепатита В. Главным аргументом за атипичные формы ХГВ как основного источника хронизации называют тот факт, что у большинства больных с ХГВ не удается установить в анализе желтушной фазы болезни. Некоторые авторы рассматривают ХГВ как первично хронический процесс [1]. Это положение находит все большее подтверждение и в результатах современных исследований. Оказалось, что природа желтушных манифестаций ХГВ, которые расценивались как начало ХГ, есть результат наложения либо гепатита А, либо гепатита D на текущий ХГВ. Нередко в связи с заболеванием гепатитом В впервые выявляется хроническая HB-вирусная инфекция [2, 4].

Наши данные также убеждают в том, что не всегда после ХГВ формирование хронического гепатита не происходит.

Длительные (до 3-х лет) наблюдения за 70 детьми, перенесшими острый гепатит В, показали, что течение болезни у всех было гладким и циклическим. У 64 из них клинико-биохимические показатели нормализовались в течение 1-3 месяцев от начала лечения, в эти же сроки исчез HBsAg и, в части случаев, появились анти-HBs. У остальных 6 детей заболевание имело затяжное течение, нормализация клинико-лабораторных показателей наступила после 3-х месяцев от начала болезни.

Вместе с тем, среди 30 больных с ХГВ ни у одного не удалось установить начало заболевания. Оно проявлялось случайно: по наличию увеличенной печени при осмотре в поликлинике, в соматическом стационаре, в очагах вирусного гепатита А и др. При обследовании у них наряду с увеличением печени и гиперферментами обнаруживалась HBs-антигемия. 16 больных из 30 выявлены в связи с жалобами на повышенную утомляемость и боли в животе, при этом, у них отмечались гепатоменальный синдром и гиперферментемия, что служило поводом для направления их в стационар с подозрением на хронический гепатит. Лишь у 4-х детей в анамнезе отмечалось заболевание гепатитом в желтушной форме.

Таким образом, представленные нами данные позволяют рассматривать ХГВ, в основном, как первично хронический процесс, а не исход острого гепатита В.

Наши исследования показали, что у 55,7% детей ХГВ сформировался в раннем возрасте. Кроме того, у 16,5% обследованных матерей детей с ХГВ было выявлено носительство HBsAg, что позволило предположить возможность вертикальной передачи HBV в этих случаях. Следовательно, вертикальную передачу HBV от матерей плоду или новорожденному можно рассматривать как важный фактор хронизации HB-вирусной инфекции. Тесный дальнейший контакт матери-носительницы HBV и ребенка на первом году жизни также может способствовать инфицированию ребенка [3].

Проведенные исследования показали, что ХГВ присущ дефицит Т-системы иммунитета. По нашим данным, в стадии обострения болезни относительное содержание Т-клеток равно 49,4±2,13% при ХПГ (хронический персистирующий гепатит) и 38,8±1,5% при ХАГ (хронический агрессивный гепатит) против 66,7±0,7% у здоровых детей.

Количественное содержание В-клеток у детей с ХГВ регистрируется в пределах нормального, уровень сывороточных иммуноглобулинов при ХПГ колеблется в границах нормы, а при ХАГ - концентрации Ig классов М и G достоверно возрастают. Кроме того, у детей с ХГВ с постоянством выявляются в сыворотке крови циркулирующие иммунные комплексы (ЦИК), причем, уровень их варьирует в зависимости от стадии болезни. В периоде обострения содержание ЦИК составляет 0,359±0,045 ЕД, что почти в 5 раз превышает содержание ЦИК у здоровых детей (0,075±0,001). В периоде ремиссии происходит снижение уровня ЦИК до 0,150±0,096 ЕД.

Таким образом, комплексные исследования иммунологических процессов при ХГВ выявили дефицит и нарушение в системе клеточного иммунитета. Указанные нарушения отличаются стойкостью, сохраняются в течение нескольких месяцев и лет, а в ряде случаев - индуцируют иммунологические поражения других органов и систем.

### ЛИТЕРАТУРА

1. Логинов А.С., Блок Ю.Е. Хронический гепатит и циррозы печени. М.: Медицина, 1987, 269с.;
2. Соринсон С.Н. Вирусные гепатиты. М.: Медицина, 1987, с.67-98;
3. Fleischer B. et al. - Immunology 1990, v.69, p.14-19;
4. Lesnicar G. - Hepatogastroenterology, 1988, v.35, p.270-275.

### Summary

#### ABOUT CHRONIC HEPATITIS IN CHILDREN

S.A.Guseinova

Complex study of immunological process in chronic hepatitis in children shown disorders in cellular immunity.

\*



## НОВЫЙ ЭКСПРЕСС-МЕТОД АКУПУНКТУРНОЙ ДИАГНОСТИКИ

Р.Ф. Тахмазов

Азербайджанский медицинский университет им.Н.Нариманова, г.Баку

В настоящее время акупунктурная диагностика (диагностика по аурикулярным и корпоральным точкам акупунктуры, по пульсу, иридо-диагностика и т.п.) привлекает пристальное внимание исследователей и специалистов по традиционной (восточной) медицине. Это связано с необходимостью в оперативном контроле за состоянием лиц, занятых определенным родом деятельности (операторы, диспетчеры, спортсмены), а также для скрининга при массовых обследованиях на производстве, в школах и т.п.

На сегодняшний день отношение к акупунктурной диагностике даже среди специалистов неоднозначное. Одни скептически относятся к данному виду распознавания патологии, другие абсолютизируют его и считают, что он не может, практически, полностью заменить длительный, сложный, а порой небезопасный, западный (европейский) диагностический комплекс. По всей вероятности, серьезные исследования, солидный опыт практики, основанный на большом количестве наблюдений, критическая оценка и сопоставление информативной значимости каждого вида поможет определить место акупунктурной диагностики в общей схеме обследования больного.

Известно, что различие между восточной (акупунктурной) диагностикой и западной (европейской) системой распознавания болезней заключается в различной идеологии подходов к оценке состояния пациента. Западная медицинская школа зиждется, главным образом, на нозологической системе классификации заболеваний. Восточная (традиционная) основывается на организменно-органо, синдромологическом принципе. Здесь имеется возможность оценить патологию всего организма в целом, выявить наиболее пораженное патологией звено в сложных межорганных взаимоотношениях и "заинтересованность" других систем, вовлеченных (вовлекаемых) в болезненный процесс!". Все это дает возможность лечить данного конкретного больного (а не болезнь), то есть максимально индивидуализировать терапию.

Если с этих позиций рассматривать акупунктурную диагностику, то, поскольку она находится в системе понятий и категорий акупунктуры, она и служит как часть (инструмент) в рамках данной системы, приспособлена к ней. Но многие врачи, используя акупунктурную диагностику, хотят установить западный нозологический диагноз. Как правило, такой прямой перенос оказывается неправомерным и не дает желаемых результатов, приводя к разочарованию или даже полному отрицанию пользы акупунктурной диагностики.

Анализ доступной литературы дает основание считать, что использование в качестве акупунктурной диагностики звуков слышимого диапазона различной тональности, в частности мугама, не проводилось. На сегодняшний день, в основном, применяется акупунктурная диагностика с помощью теста Акабанэ, пальпация основных точек акупунктуры, аурикулярная диагностика, пульсовая диагностика и др. Среди многообразия предложенных методов акупунктурной диагностики вызывает интерес возможность использования мугама. Музыка лечила еще в древние времена. При этом, считалось, что музыка оказывает на человека как психологическое, так и общефизиологическое воздействие. Музыка мажорной тональности тонизирует, возбуждает и может перевозбудить человека (реакции типа янь), музыка минорной тональности успокаивает, порождает грусть и даже тоску (реакции типа инь). Все это осуществляется через слуховой анализатор, т.е. через уши человека. Основная черта музыкантов древности, особенно стран Востока - космологическое понимание музыки, связывание музыкальных законов с космологическими. Человек, как и все во Вселенной, есть элемент, аккорд Великой Симфонии. Точки китайских меридианов - это ноты единой гаммы.

Имеются старые данные восточной литературы (Су Вэнь "Вопросы о простейшем"), свидетельствующие о сходстве лечебного эффекта при воздействии на определенные античные точки и прослушивание музыкальных звуков разной тональности. Пять музыкальных тонов по китайской пентограмме соответствуют пяти первоэлементам. Максимальная чувствительность отдельных органов-меридианов тела к звуковым колебаниям нот музыкальной гаммы в соответствии с принципами У-СИН представлены в таблице 1.

Таблица 1. Соответствие первоэлементов, тонов и главных (стандартных) точек меридианов

У-СИН Меридианы органов	Дерево ДО, ФА	Огонь ЛЯ	Земля МИ	Металл РЕ	Вода СОЛЬ, СИ
Легких	Lu11	Lu10	Lu9	Lu8	Lu5
Селезенки, поджелудочной железы	Sp 1	Sp2	Sp 3	Sp 5	Sp 9
Сердца	С 9	С 8	С 7	С 4	С 3
Почек	К 1	К 2	К 3	К 7	К 10
Перикарда	Р 9	Р 8	Р 7	Р 5	Р 3
Печени	Liv 1	Liv2	Liv 3	Liv 4	Liv 8
Толстой кишки	Li 3	Li5	Li 11	Li 1	Li 2
Желудка	St 43	St 41	St 36	St 45	St 44
Тонкой кишки	SI 4	SI 5	SI 8	SI 1	SI 2
Мочевого пузыря	UB 65	UB 60	UB 40	UB 67	UB 66
Тройного обогревателя	SJ 3	SJ 6	SJ 10	SJ 1	SJ 2
Желчного пузыря	GB 41	GB 38	GB 34	GB 44	GB 43



Нами был разработан экспресс-метод акупунктурной диагностики, за основу которого были взяты звуки основной октавы (разновидности мугама): 1. Чааргях - нота ДО; 2. Шуштар - нота ЛЯ; 3. Сейгях - нота МИ; 4. Гумаюн - нота РЕ; 5. Шур - нота СОЛЬ; 6. Баяты шираз - нота СИ и 7. Махур - нота ФА диез.

Пациентам предлагалось в течение 3-х минут прослушать фрагменты из вышеуказанных мугамов и назвать наиболее понравившийся музыкальный фрагмент. Музыкальный тест был проведен у 78 человек с заболеваниями сердечно-сосудистой системы, бронхо-легочного аппарата, желудочно-кишечного тракта, мочеполовой системы.

Полученные данные, практически, совпали с данными общепринятой акупунктурной диагностики (теста Акабанэ). Было отмечено, что при патологии печени и желчного пузыря больные называют фрагменты мугамов "чааргях" и "махур", при патологии почек и мочевого пузыря - "шур" и "баяты шираз", при патологии сердечно-сосудистой системы - "шуштар", при патологии бронхо-легочной системы - "гумаюн", при патологии в меридианах поджелудочной железы и селезенки - "сейгях".

Таким образом, предложенный метод экспресс-диагностики может быть рекомендован в практику врачей, занимающихся методами восточной медицины.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Священные книги Древнего Востока: Нэй-Цзин. Су-Вэнь. Кемерово, 1994;
2. Вогралик М.В. и др. - Ж.Восточной Медицины. Н.-Новгород, 1996, N.3, с.88-93;
3. Нгуен Ван Нги. Патогенез заболеваний. Диагностика и лечение методом традиционной китайской медицины. М.: Медицина, 1992;
4. Choain J.La. "Voie Rationelle" (Tao) de la Medicine Chinoise. Lille, 1957.

#### Summary

#### NEW EXPRESS-METHOD OF ACUPUNCTURAL DIAGNOSIS

R.F.Takhmazov

New express-method of acupuncutural diagnosis, which may be recommend in physicians practice was proposed

#### ЛЕЧЕНИЕ РАССЕЯННОГО СКЛЕРОЗА

Р.К.Ширалиева

Азербайджанский институт усовершенствования врачей  
им.А.Алиева, г.Баку

Несмотря на отсутствие специфических средств воздействия на демиелинизирующий процесс, больные рассеянным склерозом (РС) нуждаются в активном лечении, поскольку анализ трудоспособности больших контингентов показал, что и спустя 20 лет до 30% больных сохраняют трудоспособность, что обусловлено применяемыми методами лечения [2].

Весь комплекс терапевтических мероприятий при РС представлен двумя основными группами.

К 1-ой группе относятся средства лечения, которые, согласно современным представлениям о патогенезе заболевания, могут воздействовать на его течение, ко 2-ой - препараты, применяемые с целью воздействия на выраженность отдельных симптомов заболевания, на метаболизм ЦНС.

Принимая во внимание важную роль иммунопатологических процессов в патогенезе демиелинизирующих заболеваний нервной системы, основной терапией РС является воздействие на иммунную систему. Для лечения обострений применяют глюкокортикоиды, однако, они не влияют на течение заболевания и резидуальную симптоматику. К препаратам этой группы относятся преднизолон, метилпреднизолон, дексаметазон, синактен. Преднизолон назначается внутрь по 1-1,5 мг на 1 кг массы тела не более 2 недель с постепенным снижением дозы в течение 1,5-2 месяцев.

Наиболее эффективна пульс-терапия метилпреднизолоном (метилпредом) в дозе 0,5-1,0 г в день в течение 3-5 дней внутривенно (время введения не менее 30 мин). Можно также применять метилпреднизолон в таблетках (медрол, метипред, урбазон) в дозе 80 мг через сутки с постепенным снижением дозы.

Синактен-депо может быть показан при нерезко выраженном обострении по схеме: внутримышечно по 1 мл препарата ежедневно в течение трех дней с последующим назначением через день (на курс 12-15 инъекций).

Для купирования побочных эффектов, связанных с приемом глюкокортикоидов, рекомендуется параллельно назначать блокаторы H2-гистаминовых рецепторов (гастроцепин, циметилин) в качестве антиульцерогенных средств, а для восстановления калия в организме рекомендовать курагу, бананы. Нежелательны длительные курсы лечения кортикостероидами, так как может возникнуть стероидная зависимость больных.

Цитостатики (азатиоприн, циклофосфамид, циклоспорин, митоксантрон) можно назначать при отсутствии эффекта от терапии глюкокортикоидами. Однако, они обладают низкой эффективностью и выраженными побочными действиями.

Как показали исследования последних лет, при обострении РС высока эффективность плазмафереза [1, 3]. Мы проводили плазмаферез в сочетании с кортикостероидами. За сеанс удаляли 400-600 мл плазмы, за курс - до 3 литров, прерывистым методом. Плазму замещали солевыми растворами, кровозаменителями и, при необходимости - альбумином.



При неуклонно прогрессирующем течении РС и резко угнетенном клеточном иммунитете предпочтение отдается иммуностимулирующим средствам, к которым относятся Т-активин или тимозин и левамизол. Схемы лечения Т-активином переменны. Мы рекомендуем внутримышечные инъекции по 1 мл (100 мкг) ежедневно в течение 10 дней с интервалами между курсами 2 недели или инъекции ежедневно по 1 мл в течение 3 дней с последующим интервалом в семь дней. Общая продолжительность лечения составляет от 3 месяцев до 6-12 месяцев.

Левамизол назначается больным по 150 мг в день в течение 3 дней каждой недели на протяжении 2-4 месяцев под контролем картины крови. К другим иммуностимулирующим средствам относятся переливание крови, внутривенное введение нативной плазмы, аминокровина, полиглобулина. Однако, эти препараты могут вызвать аллергические реакции ввиду большого содержания белковых компонентов.

В настоящее время при ремиттирующей форме РС применяется бета-интерферон. В США этот препарат зарегистрирован и разрешен к применению под названием "бетаферон". Оптимальная доза составляет 8 международных единиц бетаферона, которая вводится через день подкожно. Препарат хорошо переносится. Больных обучают вводить его самостоятельно. Лечение более эффективно при длительном, возможно, пожизненном применении, что, однако, может быть затруднительно в связи с дороговизной препарата.

Наряду с препаратами, влияющими на состояние иммунитета, при РС применяются этимизол, анаболические стероиды, десенсибилизирующие средства. Ретаболил вводится внутримышечно по 50 мг 1-2 раза в неделю, на курс - 25-30 инъекций. Нерабол назначается по 1-2 таблетки 2 раза в день, суточная доза - 10-20 мг. Целесообразна диета с низким содержанием животного жира при наличии полиненасыщенных жирных кислот.

По-прежнему актуальным является лечение уже имеющей место симптоматики при РС, что позволяет улучшить повседневную жизнь больного. Для уменьшения спастического тонуса в конечностях наиболее широко применяется баклофен, агонист гамма-аминомасляной кислоты, оказывающий тормозящее действие на вставочные нейроны спинного мозга. Начальная доза составляет 5 мг 3 раза в день, которая при хорошей переносимости затем может повышаться до 25 мг 3 раза в день, а иногда и до 120 мг в день.

Тизанидин (сирдалуд), агонист альфа-рецепторов, оказывает аналогичное действие на рефлекс растяжения. Начальная доза составляет 1-2 мг 3 раза в день и может увеличиваться до 4 мг и более 3 раза в день.

Для уменьшения выраженности координаторных расстройств рекомендуется эссенциале, норакин, обзидан. Показано применение препаратов-метаболитов типа энцефабола, ноотропила, пирацетама. При интенционном треморе имеются попытки применения клоназепама, карбамазепина и изониазида.

Тазовые нарушения - очень частый симптом при РС. Они сводятся, главным образом, к неполному опорожнению мочевого пузыря и гиперрефлексии детрузора.

Использование антихолинэстеразных препаратов уменьшает гиперрефлексию детрузора, а периодическая самокатетеризация позволяет полностью опорожнять мочевой пузырь.

При психопатологической симптоматике (депрессии, эйфории, насильственном смехе и плаче, эмоциональной неустойчивости и познавательных нарушениях) предпочтение отдается амитриптилину (20-75 мг в день), который лучше переносится больными.

В ряде случаев эффективна психотерапия. На всех этапах патологического процесса показано применение десенсибилизирующих препаратов: димедрола, пипольфена, супрастина, диазолина, тавегила. Эти препараты рекомендуется использовать как в процессе курсового лечения, так и самостоятельно в течение 1-1,5 месяца.

При лечении больных РС широко применяются средства, воздействующие на метаболизм: кокарбоксилаза, АТФ, глутаминовая кислота, церебролизин, трасилол, метионин.

Физиотерапевтическое лечение включает, в основном, дозированную координаторную гимнастику, избирательный массаж. Больным РС может быть рекомендовано санитарно-курортное лечение общеукрепляющего типа, не связанное с резким изменением привычных климатических условий.

Больные с установленным диагнозом РС нуждаются в плановом лечении, как правило, 2 раза в год (весной и осенью).

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Мухаммедова Б.Д. Показания и критерии эффективного использования плазмафереза у больных рассеянным склерозом. - Автореф. дисс....канд. мед. наук. М., 1995;
2. Bauer H. - Neurology, 1978, v.28, p.8-20;
3. Roduguer M. et al. - Ibid., 1993, v.43, p.1100-1104.

#### Summary

#### DISSEMINATED SCLEROSIS TREATMENT

R.K.Shiraliyeva

In the present article are described two main groups of treatment methods in disseminated sclerosis, their efficiency in influence onto course of disease.



## ЗАВИСИМОСТЬ УРОВНЯ И СТРУКТУРЫ ТРАВМАТИЗМА ДЕТЕЙ ОТ ВОЗРАСТА И ПОЛА

А.В.Мирзоев

Азербайджанский институт усовершенствования врачей  
им. А.Алиева, г.Баку

Образ жизни человека и его окружение порождают условия для возникновения ситуации, когда он получает травмы. Эти условия не постоянны, меняются в зависимости от возраста, пола, образования, характера занятости человека и ряда других факторов [1,2,3,4]. Принимая во внимание отмеченное и учитывая отсутствие соответствующих материалов о детском травматизме, мы стали изучать зависимость уровня и структуры травматизма от возраста и пола детей.

**МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ.** Исследования проводились в Сумгаите, являющемся одним из крупных промышленных центров Азербайджана и относительно высоким уровнем рождаемости и удельным весом детского населения в структуре жителей города. Используются материалы всех лечебно-профилактических учреждений города, где дети получали медицинскую помощь по поводу травм в течение полного календарного 1994 года (400 детей в стационаре, 2720 детей в поликлинических условиях).

**РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ.** В соответствии с полученными материалами на 1000 детей в возрастных группах 0-1; 1-3; 3-7; 7-14 лет приходилось, соответственно, 28,8; 30,1; 27,4; 17,7 случаев травм. Причем, по этим возрастным группам уровень показателей для мальчиков (39,2; 41,3; 38,3; 27,3%) и девочек (18,8; 18,7; 17,5; 7,6%) друг от друга отличался, как правило, было больше среди мальчиков. Преобладание травматизма среди мальчиков по выделенным возрастным группам, за исключением 7-14 лет, в основном, было стабильным по степени, которая соответственно, составляла: 2,1; 2,2; 2,2 и 3,6. Возрастно-половые особенности уровня детского травматизма свидетельствуют о роли образа жизни, поведения и ряда других факторов окружения детей в формировании причин их травмирования.

Характерно то, что как у мальчиков, так и у девочек в дошкольном возрасте (0-7 лет) травматизм высок и относительно стабилен по возрастным группам. У школьников травматизм меньше, чем у дошкольников. Причем снижение травматизма у школьников незначительно, а у школьниц - существенное.

Уровень травматизма среди детей во всех возрастно-половых группах вызывает тревогу в плане их серьезных медико-социальных последствий. Но, более того, медико-социальная озабоченность порождает высокий травматизм у детей в возрастах 0-1, 1-3 лет, когда дети особо нуждаются в заботе, внимании и защите со стороны родителей. Видимо, еще родители не в достаточной степени защищают своих детей, особенно малолетних, от воздействия внешних травмирующих факторов и насильственных действий.

Анализ частоты и структуры по отдельным клиническим формам детского травматизма показывает, что наиболее важным являются травмы локтя и предплечья, запястья и кисти.

У грудных детей (до 1 года) 38,8% всех травм составляют эти травмы (11,2 случаев на 1000 детей). С возрастом частота и удельный вес этих травм снижается, но во всех возрастных группах они занимают первое место. Такой высокий уровень и удельный вес травм верхних конечностей также свидетельствует о недостаточности мероприятий в семье по защите детей. Второе место по уровню в структуре травматизма детей в возрастах 0-1 и 1-3 лет занимают ожоги (3,0 и 4,8% или 16,6 и 16,4%). У детей более старших возрастных групп этот вид травматизма снижается (3,7 и 1,2% или 13,3 и 6,9%). Эти особенности детского травматизма явно обусловлены повышением активности детей, что затрудняет защиту их от повреждений.

Обращает на себя внимание относительная стабильность удельного веса повреждений нижних конечностей и суставов, которая в возрастных группах 0-1; 1-3; 3-7; 7-14 лет составляет 6,6; 7,2; 9,3; 8% для коленного сустава и голени, 7,7; 10,2; 9,3; 6,3% - для травм тазобедренного сустава и бедра.

Такая ситуация, видимо, обусловлена общностью основных причин и характера повреждений детей во всех возрастах. Влияние возраста и пола детей на уровень и характер травматизма более четко прослеживается при анализе частоты и структуры по клиническим формам.

Ранговые места отдельных форм повреждений в структуре травматизма мальчиков и девочек в возрасте до 1 года, практически, одинаковы. В возрастной группе 1-3 года как у мальчиков, так и у девочек в структуре травматизма на первом месте стоят травмы локтя и предплечья (21,8% и 17,5%). Второе место в указанных группах, соответственно, занимают ожоги (16,0% и 16,5%). По остальным клиническим формам структура травматизма в этих группах также близка. В возрасте 3-7 лет у мальчиков первые три ранговые места в структуре травматизма приходятся на травмы локтя и предплечья (18,7%), ожоги (15,3%) и травмы запястья и кисти (15,0%).

У девочек в этом возрасте тремя ведущими формами травм, соответственно, являются: травмы запястья и кисти (17,2%), плечевого пояса и плеча (10,6%) и травмы головы (8,5%). Различия между мальчиками и девочками по уровню и структуре клинических форм травм более отчетливо выражены в школьном возрасте.

Таким образом, с возрастом у мальчиков и девочек формируются особые формы поведения и образа жизни, которые порождают условия для различных повреждений. Возрастно-половые закономерности детского травматизма следует использовать для обоснования мероприятий по защите детей от травматизма и обеспечения их безопасности.

Резюмируя изложенное, можно прийти к двум выводам. Во-первых, в Сумгаите сложилась возрастно-половая особенность детского травматизма; мальчики, по сравнению с девочками, 2,1-3,6 раза, школьники, по сравнению с дошкольниками, 1,5-2,5 раза чаще подвергаются



травматическим повреждениям. И, во-вторых, возрастнополовые особенности детского травматизма свидетельствуют о роли поведения и образа жизни в их формировании, что определяет главное направление профилактики травматизма.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Андрианов В.Л. и др. Организация ортопедической и травматической помощи детям. 1988, с.233;
2. Баиров Г.А. Травматология детского возраста. 1976, с.576;
3. Ободан Н.М. - Педиатрия, 1972, N.12, с.43-48;
4. Роговой М.А. Основные вопросы организации травматологической помощи в городах. М.: Медицина, 1976, с.378.

#### Summary

#### THE LEVEL AND THE STRUCTURE DEPENDENCE OF CHILDREN TRAUMATISM FROM AGE AND SEX

A.F.Mirzoyev

The work was devoted to the study of the frequency and the structure according to the separate forms of child traumatism depending on age and sex in Sumgait where population lived compactly.

----- \*

#### THE USE OF NATURAL HYGIENIC EXPERIMENT TO ASSESS THE ENVIRONMENTAL POLLUTION BY METALS

M.A.Kazimov, E.F.Abbasova, N.D.Geyushova  
Azerbaijan Medical University named after N.Narimanov, Baku

Hygienic value of sanitary conditions of the environment, its pollution by anthropogenic chemical materials is one of actual task of up-to-date hygienic science. Various systematic approaches are used in studies under investigation in this direction. They differ from each other according to the degree of reliability, objectivity, information. One of such approaches conforming the mentioned requirements is natural hygienic experiment. The use of this systematic approach makes it possible to study and to assess the environment condition, the population health or its individual groups and correlation between them.

The natural hygienic experiment has been used in our studies to estimate the degree of the environmental pollution by metals and the danger of its units for the health of population. We have studied qualitative and quantitative indices of metals in soils of the area of oil engineering plant's siting. Infants health (0-2 years) has been studied as well in accordance with the given programme. The use of infants health is accounted for the lack in influence of the factors of industrial environment on infant health, their limited radius of dislocation, high sensitiveness of infant organism to effects of environmental factors. Besides, indices of infants health during pregnancy. The investigating work has been comprised indices of infants health living in the same naturalclimatic and social conditions of life, but being placed in areas in accordance with the degree of soil contamination. Such approach places emphasis on the significance of environmental pollutions in infants health.

Great differences between the content of more than 10 metals in soils of areas under study are first and foremost paying attention to while examining outcomes of analyses of metal concentration in soils of the area of oil engineering plant's siting and control area. In samples being taken at the distance within 150 metres from oil engineering plant, the exceeding control levels concentration of 8 metals out of 11 ones has been ascertained. These are mainly the metals which are used to some extent in technological process of manufacturing at the mentioned plant (chromium, vanadium, nickel, cobalt, tin, copper, zinc, molybdenum). The greatest differences among these elements have been revealed in quantities of copper (138.0+17.04 instead of 29.10+8.36 mg/kg in control;  $P < 0.005$ ) and tin (12.20+1.66 instead of 3.40+0.21 mg/kg in control;  $P < 0.05$ ). The content of chromium, vanadium, nickel, cobalt, zinc and molybdenum 10-50 times exceeds their maximum permissible concentration in soil and 1.5-2 times exceeds ones being revealed in samples of control area soil.

One should point out that metal concentration in soil is reducing by little as moving away from oil engineering plant. Accurate reverse correlation between metals concentration in soil and distance from oil engineering plant is observing on zinc as an example. The content of this metal in samples being selected at the distance within 150m, 300m, 600m and 1000m from the plant constitutes accordingly 283.0+36.78; 124.0+14.58; 110.0+13.27 and 65.0+8.46 mg/kg of soil. The same concentration differences are revealed in chromium, nickel, cobalt, copper, lead and other metals. Correlation factor between distance and metal concentration in soil -  $r$  makes up 0.87 ( $m = +0.12$ ;  $t = 7.25$ ).

This evidence points out considerable soil contamination by metals from oil engineering plants. Health hazard of the population living near these plants is arising due to it.



It was ascertained that environmental pollution by metals of the siting area of oil engineering plant has the essential effect on infants health (0-2 years) whose parents are living in this area for a long time. An essential differences is first and foremost marked in the number of infants having not been ill and ones having often been ill. Thus, if the number of infants having not been ill in control area (a pure in comparison) is beyond doubt greatest than in oil engineering plant (30.72+1.85 instead of 20.14+1.37 in main area,  $P<0.05$ ), then the number of infants having often been ill in plant's area much greater (18.38+1.24 instead of 7.23+1.03 in control,  $P<0.05$ ). Being of hygienic importance, differences in morbidity among infants in areas under observation have been ascertained in compliance with the information. General morbidity of children in control area being registered within 4 years of studies made up accordingly 343.21+12.62 and 254.82+10.96 ( $P<0.05$ ).

The analysis of the prevalence of some kinds of diseases among the children of areas under study has been revealed that infants fall ill mainly with respiratory organs, nervous system, organs of sense, infectious and parasitic diseases, pathology of blood and blood organs, skin and hypodermic tissue. So, according to the data observed within 1986-1989 years the prevalence of the respiratory organs diseases among infants of control and main area has been formed accordingly 234.60+7.77 and 173.79+6.21.

Accurate dependence of morbidity of infants on their age is of great result of studies. This dependence is observed in all studies dealing with infants health being investigated. For example, the number of infants at the age of 1-2 years having often been ill inhabiting in residential micro-district (control area) makes up accordingly 0.90+1.66 and 4.34+1.17. The same indices in oil engineering plant were accordingly 24.14+1.32 and 12.34+1.51. Diseases ratio of infants has inverse proportional dependences on their age when compared with the information. Such correlation remains in complex morbidity indices too and in the prevalence of general morbidity as well as its individual nosological forms.

Essential dependence of infant health indices on age points out that unfavourable effect of polymetal contamination of oil engineering plant on maternal organism may result in bearing function disorder during pregnancy, that is markedly affects on newborns health.

Certain statistic evidence about defects in infant health at the age of 2 years having been obtained by us testifies to bilateral effect of metals polluting the environment on infant health through maternal organism and its direct effect on infants. These findings may be of immense predictive importance to estimate the next generation health.

\* -----

### ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ЧАСТЫХ КИШЕЧНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

А.М. Дадашева

Азербайджанский медицинский университет им. Н. Нариманова, г. Баку

Состояние иммунной системы при кишечных заболеваниях у детей раннего возраста изучено рядом авторов [2, 3]. Большинство исследователей справедливо полагает, что предрасположенность и особенности клинического течения этих заболеваний в значительной степени определяются функциональной активностью иммуноцитов [4, 5].

У 47 детей грудного возраста, лечившихся в стационаре по поводу кишечных инфекций *Sal. thuyphimurium* в фазе разгара и репарации, определяли состояние клеточного (абсолютное и относительное содержание популяций лимфоцитов Т-, В-, Д- и О-) и гуморального иммунитета (уровень сывороточных IgA, IgG и IgM). Из них 37 больных в течение года имели 6 и более эпизодов кишечных расстройств.

Помимо общеклинического обследования, у больных в периферической крови определяли процентное и абсолютное содержание Т- и В-лимфоцитов методом розеткообразования, уровень IgA, IgM и IgG - методом G. Mancini et al. (1963). Собственные нормативы иммунологических показателей получены при обследовании 12 здоровых детей в возрасте до 1 года. Как показали результаты исследований, в период разгара болезни у часто и редко болеющих детей происходит достоверное ( $p < 0,01$ ) снижение процентного содержания Т-лимфоцитов (соответственно, до 29,2+-3,4 и 33,6+-1,69% при норме 56,2+-6,8%), особенно при наличии очагов хронической инфекции. У часто болеющих детей снижалось абсолютное содержание Т-лимфоцитов (1610+-187 при норме 2978+-3,33). По-видимому, данное обстоятельство можно объяснить хроническим угнетающим действием длительной интоксикации, присущей этому контингенту детей. В остальных случаях у редко болеющих абсолютное количество Т-лимфоцитов не отличалось от нормы, а при присоединении вторичной инфекции (отит, бронхит) - даже повышалось ( $p < 0,001$ ). У часто болеющих детей наряду со снижением процентного содержания Т-лимфоцитов в фазу разгара обнаружено достоверное повышение ( $p < 0,001$ ) процентного и абсолютного содержания О-лимфоцитов (55,6+-4,2% при норме 22,4+-4,1% и 3058+-231 при норме 1169+-216, соответственно).

Считают, что, по крайней мере, часть О-лимфоцитов является К-клетками-киллерами, способными разрушать клетки-мишени, покрытые антителами [1, 5]. Очевидно, что инфекционные осложнения сенсибилизируют организм по отношению ко многим антигенам, ко-



торые могут выступать как дополнительный фактор, провоцирующий повтор кишечной инфекции. Возможно, что у обследованных детей определенное число "нулевых" клеток, на самом деле, является Т-лимфоцитами, маркерные рецепторы которых экранированы какими-то субстанциями (например, иммуноглобулиновой природы).

Существенные, хотя и недостоверные, изменения в разгаре заболевания у часто болеющих претерпевают Д-лимфоциты, достигающие до  $4,4 \pm 0,2\%$  при норме  $3,1 \pm 0,5$ ; абсолютные величины, соответственно, составили  $242 \pm 11$  при норме  $163 \pm 26$ . Значение и роль Д-клеток в организме до конца не выяснены. Одни авторы полагают, что Д-РОЛ являются переходной формой клеток между Т- и В-лимфоцитами, другие склонны считать Д-лимфоциты отдельной субпопуляцией лимфоцитов. Увеличение Д-РОЛ у часто болеющих детей, по-видимому, следствие постоянного раздражения иммунокомпетентных органов в условиях интоксикации.

Несмотря на стабильно низкое процентное содержание Т-субпопуляций, абсолютные значения розеткообразующих лимфоцитов различных больных колебались в широких пределах: от близких к нормальным до повышенных или резко сниженных. Очевидно, это обусловлено тем, что у часто болеющих в зависимости от ранее проводимой терапии, особенностей течения заболевания и пр.; показатели крови, в частности, уровень лимфоцитов и лейкоцитов, подвержены значительным колебаниям. В среднем, у больных отмечалось состояние умеренного лейкоцитоза, а количество лимфоцитов колебалось от 25% до 60%. У 20-25% больных снижение процентного содержания количества Т-лимфоцитов и увеличение Д- и О-клеток происходило на фоне лейкопении и (или) лимфопении. Одновременно для таких детей характерна диспропорция в процентном содержании РОЛ.

В период репарации на фоне лечения быстро купированным процессом, в основном, отмечалось увеличение Т-клеточной субпопуляции, в отличие от детей, у которых течение заболевания имело затяжной характер.

Противоположные изменения были отмечены в динамике числа нулевых клеток. В целом, в период репарации происходило снижение числа О-лимфоцитов и, в среднем, оно составило  $45,5 \pm 5,1$  (1933), хотя у 11 детей, несмотря на положительную клиническую динамику заболевания, число О-лимфоцитов значительно не изменялось или даже имело тенденцию к нарастанию. При анализе этих данных обратил на себя внимание тот факт, что повышение уровня О-лимфоцитов отмечалось, в основном, у детей с длительной лихорадкой и с наибольшей степенью выраженности симптомов эксикоза и токсикоза.

Отличие от нормы в уровне Д-лимфоцитов сохранялось и в период репарации -  $4,9\%$  (208). Содержание В-лимфоцитов в период разгара болезни у часто болеющих было ниже нормы ( $9,8 \pm 1,2\%$  при норме  $18,5 \pm 2,8\%$ ), у редко болеющих оно было выше нормы ( $20,2 \pm 1,2\%$ ). Абсолютное содержание этих клеток в периферической крови достоверно не отличалось от таковых у здоровых детей ( $p < 0,05$ ).

При разгаре болезни у часто болеющих детей имело место значительное повышение уровня IgM ( $p < 0,001$ ); в меньшей степени, хотя и существенно, изменялись уровни IgG и IgA. С наступлением выздоровления эти изменения сохранялись. У редко болеющих детей в разгаре кишечной инфекции уровень сывороточных иммуноглобулинов был выше, чем у часто болеющих. Описанная динамика уровней IgG, IgM и IgA прослежена рядом авторов [6, 7] и объясняется тем, что при тяжелом и длительном течении кишечной инфекции с выраженной интоксикацией в организме ребенка происходят метаболические нарушения, приводящие к усиленному метаболизму IgG. Установлению относительно высокого уровня высокоспецифического IgG в период репарации способствует пассивная иммунотерапия (иммуноглобулин человеческий, плазма и др.) и другие лечебные мероприятия, воздействующие активно или опосредованно на иммунитет.

Исследование катамнеза выявило значительное влияние частых кишечных заболеваний на первом году жизни на становление иммунной системы детей, которое проявлялось в замедленном нарастании количества иммунологически активных Т-лимфоцитов за счет преобладания в популяции лимфоцитов О-клеток, сниженным синтезом сывороточных IgA, IgM и, особенно, IgG. Полученные данные свидетельствуют о значении нарушений клеточного и гуморального иммунитета в развитии кишечных заболеваний у детей и формировании групп часто болеющих детей, а также указывают на целесообразность включения в комплекс лечебно-профилактических мероприятий средств, обладающих иммуномодулирующим действием.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Байрамалибейли И.Э. - Автореф. дисс.... канд. мед. наук. М., 1986, 23с.;
2. Ваганов Н.Н. - Педиатрия, 1989, N.2, с.5-8;
3. Каган Ю.Д. и др. - Там же, 1988, N.11, с.25-27;
4. Кошкин К.П., Караев З.О. Иммунная реактивность организма в антибактериотерапии. Л.: Медицина, 1981, 201с.;
5. Михайлова З.М. - Советская педиатрия, 1985, N.1, с.30-41;
6. Умарназарова Э.Е. Клинико-иммунологическая характеристика гастроинтестинальной формы сальмонеллеза у детей раннего возраста. - Автореф. дисс.... канд. мед. наук. Ташкент, 1988, 14с.;
7. Хасанова Р.М. - В кн.: Сб. реф. НИР и ОКР., 1983, сер.8, N.13-14, с.26.

#### Summary

#### IMMUNOLOGICAL ASPECTS OF FREQUENT INTESTINAL DISEASES IN CHILDREN

A.M. Dadasheva

Results of the investigation demonstrated the significance of cellular and humoral immunity in the intestinal diseases development in children.



----- \* -----

ВОССТАНОВЛЕНИЕ НАРУШЕННОЙ БРОНХИАЛЬНОЙ ПРОХОДИМОСТИ И ВЕНТИЛЯЦИОННО-ПЕРФУЗИОННОГО  
СООТНОШЕНИЯ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ОБСТРУКТИВНЫМ БРОНХИТОМ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ КОМПЛЕКСА МЕРОПРИЯТИЙ,  
ПОВЫШАЮЩИХ ОБЩУЮ И ИММУННУЮ РЕАКТИВНОСТЬ ОРГАНИЗМА

С.Б.Джамалов  
Азербайджанский институт усовершенствования врачей  
им.А.Алиева, г.Баку

У больных хроническим обструктивным бронхитом (ХОБ) существенное место среди патогенетических нарушений занимает иммунная недостаточность. При этом, нарушаются как гуморальные, так и клеточные звенья иммунной системы [4]. При недостаточности местной защиты легких (МЗЛ) и иммунной реактивности организма нарушается барьер для поступления в организм чужеродных антигенов [2,3]. В таких условиях поступивший в организм РС-вирус может персистировать 1,5-2 года и способствовать частым рецидивам заболевания [1]. Роль указанных выше факторов при лечении больных ХОБ отмечает также ряд других исследователей [6].

Целью настоящей работы явилось изучение восстановления нарушенной бронхиальной проходимости (БП) и вентиляционно-перфузионного соотношения (ВПС) при проведении комплекса мероприятий, повышающих общую, местную и иммунную защиту организма.

Под наблюдением находилось 60 больных ХОБ в возрасте от 30 до 60 лет. Мужчин было 42, женщин - 18. Длительность заболевания колебалась от 1 до 15 лет, причем, превалировала от 6 до 10 лет.

Все больные подвергались комплексному клиническому, лабораторному, рентгенологическому, бронхологическому и ЭКГ-исследованиям. Состояние функции внешнего дыхания изучали с помощью аппарата "Пульма-01", ВПС - методом радиопульмонографии.

У всех обследованных больных отмечалось снижение общей и иммунной реактивности организма. О снижении общей резистентности организма свидетельствовало обострение заболевания под влиянием холода, ветра, повышенной сырости, снижения барометрического давления, ОРВИ, рецидивы обострения воспаления 3 и более раз в году, а также затяжное течение воспаления. Признаками снижения иммунной реактивности организма служили частые и длительные обострения болезни, распространение инфекции по бронхиальному дереву, за его пределы, лихорадка, лимфопения, дисиммуноглобулинемия и снижение количества Т-лимфоцитов.

Больные были распределены на 2 группы (основную и контрольную), по 30 человек в каждой.

Больные контрольной группы получали традиционную терапию: антибактериальный препарат - ампициллин по 0,5 г 4 раза в сутки, отхаркивающее средство - 3% раствор калия йодида по 1 столовой ложке 4 раза в сутки в 100 мл теплого молока, муколитик - бромгексин по 1 таблетке 3 раза в день, бронхоспазмолитик - теопек по 200 мг 2 раза в сутки.

Больные основной группы дополнительно получали усиленное питание, поливитамин - Юникап-М, по 1 драже 2 раза в день, метилурацил по 0,5 г 2 раза в день, ЛФК и массаж грудной клетки, а также индуктотермию.

Заметим, что ампициллин применялся в течение 12 дней, другие методы терапии проводились в течение 30 дней. Следует указать, что поливитамин и усиленное питание значительно повышают общую сопротивляемость организма, а ЛФК, массаж и индуктотермия оказывают иммуностимулирующее действие. Из иммуностимуляторов применялся метилурацил, оказывающий такое действие на МЗЛ и гуморальную систему иммунитета. Кроме того, как известно, метилурацил повышает активность ферментов в клетках и усиливает синтез нуклеиновых кислот в их ядрах. Это, в свою очередь, способствует усилению синтеза лизоцима, пропердина и интерферона. Благодаря метилурацилу повышается активность нейтрофилов и макрофагов, ускоряется очищение организма от инфекции и переход В-лимфоцитов в плазматические клетки, вырабатывающие иммуноглобулины, усиливается фагоцитоз и процессы регенерации [5].

Спустя 30 дней после лечения у больных основной группы было отмечено улучшение клинико-лабораторных показателей: уменьшение или же полное исчезновение кашля, признаков интоксикации (спустя 13-14 дней после лечения), хрипов в легких (спустя 18-20 дней после лечения), выделения мокроты, затруднения дыхания и одышки при физической нагрузке; снижение температуры тела (спустя 6-8 дней с начала лечения); нормализация количества лейкоцитов в крови (спустя 15-20 дней после лечения), приближение к норме СОЭ, СРБ, сиаловых кислот, А/Г коэффициента (спустя 24-26 дней после лечения), иммуноглобулинов в крови (к концу терапии), улучшение общего состояния; наступление ремиссии заболевания (спустя 24-26 дней после лечения); увеличение ЖЕЛ от 74,2±2,1% до 83,4±2,4% (p<0,02), ОФВ1 - от 73,4±1,8% до 81,3±2,2% (p<0,02), ОФВ1/ЖЕЛ - от 61,2±2,3% до 70,0±2,3% (p<0,05), СОС200-1200 - от 58,5±3,2% до 68,9±2,1% (p<0,02), СОС25-75 - от 62,7±2,8% до 72,3±3,2% (p<0,02), СОС75-85 - от 54,3±3,1% до 64,2±2,6% (p<0,025), увеличение числа зон в легких с нормальным индексом Вен/Пер от 42,6 до 72,1%, уменьшение числа зон с повышенным и пониженным индексами Вен/Пер - от 42,9 до 20,0% и от 12,5 до 7,9%, соответственно.

У больных контрольной группы также наблюдалось улучшение клинического состояния и уменьшение лабораторных признаков активности воспалительного процесса. Однако, отметим, что в данной группе улучшение клинико-лабораторных показателей наступало на 4-6 дней позже, чем в основной группе, а количество лейкоцитов и иммуноглобулинов в крови сохранялось почти на прежнем уровне. Статистически достоверно улучшились ЖЕЛ (от 76,5±2,6 до 85,1±2,7%), ОФВ1 (от 71,3±2,8 до 79,7%), ОФВ1/ЖЕЛ (от 68,4±2,6



до 77,6+-2,6%) и СОС200-1200 (от 64,3+-1,8% до 71,4+-2,4%). Показатели проходимости бронхов среднего и мелкого диаметров изменились статистически недостоверно (СОС25-75 увеличилось от 63,6+-2,4 до 69,6+-2,5%, а СОС75-85 - от 59,6+-3,3 до 67,4+-2,8%).

ВПС улучшилось сравнительно меньше, чем в основной группе. Так, число зон с нормальным индексом Вен/Пер увеличилось от 45,8 до 70,8%, число зон с повышенным и пониженным индексами Вен/Пер уменьшились, соответственно, от 35,0 до 18,8% и от 19,2 до 10,4%.

Результаты проведенных нами исследований позволили прийти к следующему выводу: включение в традиционную терапию медикаментозных и немедикаментозных средств, способствующих повышению общей и иммунной реактивности организма, ускоряет наступление фазы ремиссии (на 4-6 дней раньше в основной, чем в контрольной, группе больных, получавших только традиционную терапию). При этом, статистически достоверно повышается проходимость бронхов всех диаметров и на 24,5% увеличивается число зон в легких с нормальным индексом Вен/Пер.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Златонов З. и др. - Клиническая медицина, 1984, N.9, с.93-95;
2. Макаревич А.Э. и др. - Там же, 1990, N.10, с.44-47;
3. Никитин О.Н. и др. - Врачебное дело, 1990, N.12, с.32-34;
4. Шаталов Н.Н. и др. - Тер. архив, 1989, N.3, с.54-57;
5. Ширинский В.К., Жук Е.А. - Там же, 1990, N.12, с.125-132;
6. Kellner H. - Notab. Med., 1987, v.17, N.4, p.193-194.

#### Summary

### RESTORATION OF THE BRONCHIAL PASSAGE AND VENTILATORY-PERFUSIVE CORRELATION IN PATIENTS WITH CHRONIC OBSTRUCTIVE BRONCHITIS DURING THE COMPLEX OF METHODS INCREASING GENERAL AND IMMUNOLOGICAL REACTIVITY IN AN ORGANISM

S.B.Jamalov

In traditional therapy of the chronic obstructive bronchitis medical and non-medical means promoting total and immunological reactivity, accelerate remission phase. By this statistically significant increasing passage in all diameters bronchi and on 24,5% grows number of zones in lungs with the normal index Ven/Per.

РЕДАКТОРА МЭКТУБЛАР - LETTERS TO EDITOR - ПИСЬМА РЕДАКТОРУ

### PLASTIC CLOSING OF DEFECTS IN THROAT AND CERVICAL PART OF ESOPHAGUS BY THE FILATOV'S STALK

The defects in throat and cervical part of esophagus, arising after larynxectomy in case cancer disease, not always possible to close by local tissues because of insufficient their quantity, rough scar and diastrophic changes in skin of a neck, owing to pre-operative radical irradiation, repeated surgical operations and others. In such cases method of choice is the closing by Phylatov stalk defects in throat and cervical part of esophagus.

In the department of head and neck tumors, Oncological Research Center, Tbilisi from 1980 till 1997 was performed plastic of defects in throat and cervical part of esophagus, arisen after larynxectomy in case of disseminated larynx cancer in 33 patients (male). From 33 patients, undergone plastic closing of defects in throat and cervical part of esophagus with the using Phylatov stalk, the local purulent complications are marked in 22 (66,6%) cases. Most often among them were purulent-inflammatory processes, which are lead to formation throat fistulas and pharyngostoma. This complication was observed after 10 (30,3%) operations, in 6 patients throat fistulas closed independently in post-operative period. In 4 patients formed throat fistulas requiring plastic closing. An estimation of two year survival in patients has shown, that from 33 patients, 24 have two-year terms of survival. From them 12 patients without relapses and metastases. The reason of lethal outcome in 21 patients were: 17 patients were died from progression of the basic disease, 3 patients - from accompanying diseases, the fate of one patient is unknown. An estimation of efficiency functional and cosmetic plastic results has shown, that in 16 patients from 21 is achieved good effect, in 5 cases had a place scar narrowing of the formed esophagus. Received results of the closing defects in throat and cervical part of esophagus by the Phylatov stalk is possible to estimate as satisfactory. However, Phylatov stalk is method of choice in this pathology because of many stage operation procedure, long patient's stay in hospital.

K.M.MARDALEYSHVILI,  
S.B.SHAKHSUVARIANI,  
R.S.MATCHAVARIANI,  
G.D.LOLADZE  
Oncological Research  
Center, Tbilisi, Georgia



**PLASTIC CLOSING OF DEFECTS IN THROAT AND CERVICAL PART OF  
ESOPHAGUS WITH THE USE TORACODORSAL STALK BY ROTATION METHOD**

Problem of treatment patients with vast defects in throat and cervical part of esophagus take serious attention. In the department of head and neck tumors, Research Center of Oncology, Tbilisi from 1980 till 1997 was performed plastic by the m. latissimus dorsi of defects in throat and cervical part of esophagus in 8 patients, from them 7 men and 1 woman. All patients undergone combined - expanded operation because of disseminated larynx cancer.

One-moment plastic of defects in throat and cervical part of esophagus by the skin-muscular transplant with inclusion m. latissimus dorsi performed in 5 patients, in 3 cases plastic was performed in terms from 3 till 6 months.

From 8 patients, undergone plastic closing defects in throat and cervical part of esophagus local purulent complications with formation larynx fistulas, which subsequently closed independently, took place in 2 patients. The asurvival analysis of operated patients has shown, that from 8 patients 4 over live two-year term in absence tumor growth signs. Two patients died in terms till 1,5 years from remote metastases, two - from progression of the basic diseases. An estimation of efficiency functional and cosmetic results of plastic has shown, that in 4 patients from 4 is achieved good result.

Thus, results of use free arteriolized skin-muscular transplant with inclusion m. latissimus dorsi for the vast defects in throat and cervical part of esophagus is satisfactory.

K.M.MARDALEYSHVILI,  
S.B.SHAKHSUVARIANI,  
R.S.MATCHAVARIANI,  
G.D.LOLADZE  
Oncological Research Center,  
Tbilisi, Georgia

----- \*

**PECULIARITIES OF THE OPERATION IN TRANSVERSUS COLON CANCER  
PENETRATING IN SMALL INTESTINE**

On of the colon transversus cancer complications is the penetration in first loop of small intestine. Pre-operative diagnostics of this pathology very difficult and represents only in narrowing small intestine aperture in presence of connection between small and large intestine. Small intestine lesion, as a rule, appears during the operation time. Close of the Treitz ligament, large magistral vessels, pancreas create unfavorable condition for radical operation. The permitting moment is the cutting Treitz ligament and disengage of the peritoneal part of the first loop small intestine. It allows to lenghten surgical work part of intestine on 3,0-4,0 cm. The tumour is extended in the uniform block with a part of small and large intestine. Connection performs in kind of <end in the end>, or "side in side". In post-operative period was performed maximal sparing regimen for upper gastrointestinal tract. Here concerns constant aspiration of gastric juice and starvation.

Under our supervision there were two patients with this pathology. In both cases diagnostics is performed intra-operatively and done combined resection under aboce-stated methodic. Post-operative period was clear. Feeding of the patients is begun for the fifth day. After 14- 16 day of post-operative period patients discharged.

Thus, in transversus colon cancer penetrating in first loop of small intestine, Treitz ligament cutting allows to escape vast combined operation, saving her radicalism.

E.I.IBRAGIMOV,  
A.A.ABDULLAYEV,  
A.R.ALIYEV  
National center of Oncology, Baku

----- \*

**RADIOPROTECTIVE PROPERTIES OF SOME NATURAL BIOLOGICALLY ACTIVE  
COMPOUNDS**

Study and imrovement of methods to increase radioresistant of our organism, new less toxic and more active radioprotectors is the urgent problem in present time.

Toxicity of compounds tests on a technique Litchfild-Wilkokson in updating L.M.Belenky (1963). In determination radioprotective doses we are take methodical recommendation on study radioprotective receipt of the Pharmaceutical Committee, USSR (1982), according to which the compounds administered one time intra-peritoneally 20-30 minutes prior to an irradiation.



Radioprotective effect estimated under the test 30-day's survival, peripheral blood condition in dynamics for 3-7-12-30 days after an irradiation and bone marrow on quantity spleen endocolonies (KOE).

Radioprotective property were studied on mice-hybrides F1 (CBax C57Bl6), irradiated by j-beams in capacity of a dose 0,482 Gr/min by a dose of 7-10 Gr on apparatus "Agat-R" in static regimen.

In the present work give the data on study radioprotective properties of some natural compounds, given from Academy of Sciences, Azerbaijan:

Polysaccharide-7 - is the 30 % extraction from the roots of brown colour plants with a specific smell. Toxicity LD50-6200 mg/kg of animal weight. Expressive radioprotective properties represents in a dose of 1500 mg/kgs of an animal weight. To the 30-rd day after an irradiation mice survival in experience made 100 %, in control - 29 % (in analog mercamine - 5,5 %).

Fenicine - produced from actinomycins and lowest mushrooms, stimulator of hemopoiesis. Toxicity LD50-540 mg/kg of an animal weight. Survival to the 30 day after an irradiation in experience made 40 %, in control - 27,3%. Was marked significant stimulation of immunological system. Number of the spleen endocolonies by 9 day after irradiation in experience in 4,6 time exceed number of those in control group.

Radioprotective properties study of the following two compounds perform an irradiation by a dose of 10 Gr.

Extract from the peel of pomegranate - is biogenic stimulator. Toxicity LD50-13,5 mg/kg of an animal weight. Survival to the 30 day after an irradiation in experience - 22,2%, in control animals were died. Was marked sharp stimulation of spleen endocolonies represents to 9 days after an irradiation (in experience - 40 KOE, in control - 3,0 KOE).

Extract from the liquorice - biogenic stimulator. Toxicity LD50-2800 mg/kg of an animal weight. Survival to the 30 day after an irradiation has made 9% in complete died of the control mice. Quantity of the spleen endocolonies to the 9 days after an irradiation has made 26,6 KOE in experience and 3 KOE in control.

The average survival of mice in group, administered extraction from the the peel of pomegranate in 2,7 times is higher, than in the group with the use of extract from the liquorice.

Thus, in study of above stated natural biological active compounds were revealed radioprotective properties, they have not side-effects. Condition of animals after the compounds intake and irradiation is satisfactory, that allows to propose their further study with the purpose of pre-clinical application and combine treatment together with other drugs used in clinic practice.

N.B.ALIYEVA,  
A.I.BURJALIYEVA,  
F.G.KAŞUMOVA  
National center of oncology, Baku

#### FUNCTIONAL RESULTS OF ENDOPROSTHETIC APPLIANCE IN KNEE- AND HUMERAL JOINTS

Since 1992 year in oncological clinic of the Azerbaijan Medical University were performed 60 safe operations concerning primary bone tumours.

Method of operation depends from morphologic structure of tumor, its localization, degree of bone lesion and its dissemination.

Depending on used method of operation the patients were divided on following basic groups: resection of distal part of the femoral bone with endoprosthetic appliance of a knee joint - 40 patients; resection of the upper joint of humerus bone a joint with endoprosthetic appliance of a humeral joint - 12 patients, inter-scapular-thoracic resection (operation by Tichov-Limberg) - 8 patients. We are give parameters of functional results received from the patients, undergone safe operations.

For restoration and rehabilitation function of affected bone were used medical gymnastics, work-therapy, massage, psychotherapy etc. Functional results of endoprosthetic appliance in joints were estimated on five-ball system.

In group of patients with endoprosthetic appliance of a knee joint in 10 (25%) patients are received excellent results; in 17 patients ( 42,5%) - good, in 9 (22,5%) patients - satisfactory, in 4 (10%) patients - bad presults.

In rpyne of the patients with endoprosthetic appliance humeral joint and inter-scapular-thoracic resection in 2 (10%) patients are received excellent result; in 10 (50%) patients - good; in 4 (20%) patients - satisfactory, in 4 (20%) patients bad result.



Received results testify to necessity of creation more perfective endoprosthesis appliance with improved functional parameters, and also improvement rehabilitations procedures.

A.T.AMIRASLANOV,  
E.E.IBRAHIMOV,  
A.A.AMIRASLANOV  
Azerbaijan Medical University named  
after N.Narimanov, Baku

----- \* -----

**IMPORTANCE OF THE COMBINED INFECTIONS CAUSED BY SEXUALLY TRANSMITTED PATHOGENIC AGENTS AND HEPATITIS B VIRUS (HBV)**

The majority of the persons, frequently infected by sexually transmitted agents relate to the high risk of infection by HBV, which the major way of infection is sexual.

A number of features, caused by HBV have to take attention also venerologist, which treat sexually transmitted diseases (STD).

Firstly, viral hepatitis B is the one of disseminated in the world infection.

Secondly, viral hepatitis B, as was mentioned, in natural conditions disseminate as well as all STD and, on essentially should be to them referred. It with reservation allows to consider it as most prevalent in the world venereal infection.

Proceeding from this allows to suppose that infection by of the STD agents may accompanying with incorporation in organism hepatitis B virus (HBV).

Third one, HBV differ from other that this virus has ability to form long current chronic persistent and even a latent infection, frequently without any external signs and, by virtue of it, quite often, remaining not diagnosed.

And, at last, development of an infection, caused by HBV, in many cases accompanying with formation in an organism more or less expressive immunologic changes, in kind of second immunodeficiency. It means, that the presence of such infection can increase permission and, accordingly to reduce resistant of an organism in relation to pathogenic bioagents, including, agents of STD.

Between that, many problems, including epidemiologic character connected with contamination of a persons with a current infection, caused by HBV by STD agents remain till now investigated insufficiently. Above stated demonstrates importance of research, devoted to epidemiology of combined infections: caused by HBV and STD agents.

S.A.GASANLY,  
Z.G.FARAJEV  
Azerbaijan Medical University  
named after N.Barimanov

----- \* -----

**ABOUT IMPORTANCE OF THE VIRAL HEPATITIS B AND C AMONG PATIENTS WITH CHRONIC VENERAL INFECTIONS**

Viral B and C hepatitis (BH and CH), transmitting by transfusional way, make one of the important problem in modern health care. According to the available data, in an epidemiological process, caused by hepatitis B and C viruses (HBV and HCV) is involved about one third of population in the world.

In the present time do not any more discusses that fact, that in spite of previous view about obligate hepatotropism of the HBV that the last one is capable infect not only hepatocytes and other liver cells but also other types of cells of extra-liver histogenesis. In particular, there is no information about determination genome and products of its replication in epitheliocytes of biliary ducts, lymphocytes, monocytes, macrophages and some cells of bone marrow, acinose pancreas cells, kidneys cells, capillary endotheliocytes, skin cells, gonads and spermatozooids.

Moreover, today HBV considering as the agent, having potential ability to induce pathological processes both in a liver, and in some other organs and systems. Results of last processes is considered development of the whole group of diseases, conditionally combined general heading <extra-liver lesion, associated with HBV> and observes not only in a combination with liver diseases, but also as independent diseases.

Nowadays is known wide spectrum of extra-liver lesions, caused by HBV, observed both in a combination with acute and chronic hepatitis, and in an independent diseases. So, number of extra-liver lesions associated with HBV-infection includes more than 25 nosological units and also processes relates at present time to the autoimmune pathologies.

There are data that with a HBV-infection may associated some disease in an urogenital system (membranous and membranous-proliferative glomerulonephritis). To this is necessary to add data, indirectly showing probable involving of this infection to man's sterility.

At the same time, large number of questions, connected with pathogenesis, features of clinical signs and treatment <extra-liver lesion, associated with HBV> still remains without



answer. One of such problem is the question about possible combination of an urogenital system pathology with the HBV-infection and, also related question about condition urogenital organs under infection caused by HBV.

All these circumstances have induced us to concentrate attention on these questions and to perform present research.

E.T.JABIYEV, I.A.AGAYEV  
Azerbaijan Medical University  
named after N.Barimanov

----- \* -----  
**COMPARING TWO METHODS OF NATURAL KILLER CELLS CALCULATION  
IN THE BLOOD**

Estimating condition of anti-tumor resistance in patients with Hodgkin's lymphoma (HL) we first of all comparing two methods of calculation natural killer cells (NKC) quantity in peripheral blood. One method lays on a basis of luminescent-microscopic identification of a NKC in smears, processing by monoclonal antibodies, marked by fluorechrome (fluoresceinized cyanine); second method propose revealing "large granular lymphocytes" (LGL) with the help of light microscopy in smears, colored by Papengeim (1911), composing, according to the available data, more than 90 % of a NKC population.

With the help of these methods the NKC quantity was estimated in peripheral blood of 15 donors and 15 patients, suffering from HL in IV stage.

Received in this study results have shown, that NKC quantity, estimating with the help of luminescent microscopy and LGL quantity, counted up with the help of light microscopy had not significant differences between each other ( $P < 0,05$ ) both in group of donors and patients. With this, in the first group linear correlation coefficient ( $r$ ) between NKC and LGL quantity has made + 0,94, and in the second group - + 0,90. It has allowed to believe, that informativity of the LGL calculation in light microscope is comparable with that in case of use luminescent microscopy.

E.M.ORUJEV,  
V.T.MAMEDOV  
National center of oncology, Baku

----- \* -----  
**LAMIACEAE PLANTS FAMILY - PERSPECTIVE SOURCE OF EFFECTIVE ANTIOXIDANTS**

The search of effective antioxidants (AO) actual in connection with the growth of population morbidity from the "free-radical pathology" (inflammation, malignant growth, burns and radiation lesion, vascular diseases etc.). AO-properties characteristic to the much natural polyphenol (phlavonoids, tanning substances, phenol-acids) [1]. Therefore medicinal plants with high their content is the perspective source of potential AO [2].

Family Lamiacea - wide field for scientific research in this area in view of spreading areal in the Kazakhstan Republic and high content of valuable biologically active compounds.

For primary plants screening on AO-activity we used the test - system, modeling processes of free-radical oxidation in an organism - reaction of the initiating by azodiizobutironitril carbohydrogen (kumol) oxidation [3].

The most effective AO were determined in plants *Melissa Officinalis* and *Ziziphora Bungeana*. Their polyphenol complexes containing AO of two types, differing by activity. The first one exceed by AO-activity standard ions inhibitor in 3-6 times. AO of the second type are weaker. The most effective hydrophil polyphenols in *Melissae officinalis*.

The vegetation phase essentially influences on accumulation and activity of AO. Therefore *Ziziphorae Bungeane* harvest have to do before flowering, and *Melissae officinalis* harvest - in period of total flowering.

Fractional division of the polyphenol complexes has revealed high AO-properties of the phenolcarbonic acids fraction in *Melissae Officinalis*.

Use of the most effective polyphenols in creation of medicinal drugs and medical cosmetic means is the perspective direction in pharmacy.

A.U.TULEGENOVA,  
A.G.MUKHAMMETGALIYEV,  
G.K.SAKENOVA  
State medical university, Almaty,  
Republic of Kazakhstan

**REFERENCE**

1. Baraboi V.F. Biological action of the vegetable phenol compounds. Kiev: Nauchnaya Dumka, 1976;
2. Davut K. et al. - Health Care of Kazakhstan, 1995, N2, c.40-43;
3. Tcepalov V.F. - In book.: Research of synthetic and natural antioxidants in viro and in vivo.- M.: Nauka, 1992, c.16.



----- \* -----

**ANTIBODIES TO CYTOMEGALOVIRUS (CMV) AMONG PATIENTS WITH BACTERIAL  
AND PROTOZOIC INFECTIONS OF SEXUAL WAYS**

We examined 270 blood donors and 276 patients with the preliminary diagnosis of bacterial (gonorrhoea, staphylococcus, gram-negative bacillus etc.) and protozoic (trichomonadas) sexually transmitted infections (STI) using immunoenzyme method with the help of diagnosticum for revealing total (IgG and IgM) antibodies to CMV (anti-CMV) made "Medial" (Switzerland).

First of all blood serums were examined in titer 1:20 (screening of blood serum, containing anti-CMV). Then positive blood serums were studied again, but in titer 1:200 and the positive blood serums which were positive were studied again in titer 1:2000.

In blood donors anti-CMV in titer 1:20 were present in 126 (46,6%) cases; in titer 1:200 - in 23 (8,5%); and in titer 1:2000 - only in 2 (0,7%) cases. Anti-CMV of the M class (IgM-anti-CMV) is the indicator of active CMV replication in primary infection (or reactivation latent-persistent virus in an organism) and were revealed in all serums with the anti-CMV titer 1:2000 and in 6 from 23 serums with anti-CMV titer 1:200 and were absent in serums with anti-CMV titer 1:20.

In patients with STI the anti-CMV in titer 1:20 were revealed in blood serums in 171 (62,0%) cases; in titer 1:200 - in 39 (14,1%) and in titer 1:2000 - in 14 (5,1%) cases. Anti-CMV of the M class (IgM-anti-CMV) were revealed in all blood serums with the anti-CMV titer 1:2000 and in 17 from 39 serums with the anti-CMV titer 1:200.

Thus, our data give the basis to suppose that patients with STI form independent high risk group for infection by the CMV. By this CMV-infection has the persistent course and these patients remain unknown and perhaps serve as the source of infection before non-infected persons.

L.J. NAIBOVA  
G.M. BEKIR-ZADE  
N.T. GAIBOV

Azerbaijan physicians's improvement  
institute named after A. Aliyev, Baku

----- \* -----

**STOMACH DAMAGE IN PATIENTS WITH HODGKIN'S DISEASE**

It is known that X-ray diagnosis of a neoplastic stomach damage in patients with Hodgkin's disease (HD) very difficult because the X-ray picture not far from the picture in malignant stomach damages.

We observed two HD patients with stomach damage. In these patients disease began with the clinically-instrumental signs of HD. Signs of the digestive tract damage revealed during patients examination. In both cases signs of the progressive discomfort in digestive tract were the direction to their X-ray examination.

In patient A., 26 years old, during the stomach X-ray examination was revealed large filling defect with the ulceration parts in the upper part of stomach. Morphological study of the stomach biopsy in this patient confirmed mixed-cellularity variant of HD.

Patient F., 38 years old, before treated in case of HD; after chemotherapy (CT) was marked complete remission of the disease. After 4 years was revealed relapse of disease. During the new course of CT were present stomach damage signs. During X-ray examination was revealed signs of the infiltrative tumor in an antrum. Following gastroscopy show the neoplastic lesion of the mucous membrane in the posterior wall of stomach. Morphologically was confirmed mixed-cellularity variant of HD.

A.Y. ALIYEV,  
S.S. VATANKHAH,  
T.A. MIRZABEKOVA  
National Center of Oncology  
Baku, Azerbaijan

----- \* -----

**ABOUT REARLY SIDE-EFFECTS OF INTERFERON THERAPY OF VIRAL HEPATITIS B**

We have compared frequency and expressivity of the side-signs during the therapy by recombinant interferons: Intron-A and (Shering Plough, USA) and Roferon-A (Hoffman-La Roche, Switzerland). We observed 67 patients suffering from chronic hepatitis B. 35 from these patients received Intron-A injections (IA) 3mln day after day, and 32 patients -



Roferon-A injections (RA) 3 mln day after day.

The analysis of our results has shown, that by spectrum of the side-signs during therapy with the Intron-A and Roferon-A had not essential differences among themselves. The most frequently in both cases was marked influenza like syndrome (IA - 88.6% and RA - 81.3%). However, frequency, expressivity and duration of the symptoms forming its had some difference. So, temperature during IA administration more often, rose earlier, was higher and leaves raised longer, than during RA administration. Paracetamol administration more easier, more often and quick cured hypertermic reaction in case of RA introduction, than in IA administration. Similar picture was marked during mialgia, chill which were marked rarely, and also were weak and disappeared quickly. And, at last, it is necessary to note, that expressivity of the influenza like syndrome and some of its symptoms was greatest after 1-st injection of the both drugs. In that time, in case of IA injection hypertermia was marked in 14.3% patients after 4th injection, but in case of RA injection only in 6.3% patients.

Stated above, in spite of small patients selection, allows to make the preliminary conclusion that in comparable efficiency of the IA and RA, the last one differs by more rare and less expressive side-signs.

R.R.YAFAYEV,  
B.K.KHODJAYEV,  
T.M.ARIPOV,  
Y.B.KELYUS  
Medical university, Kazan;  
Medical Institute, Samarkand

----- \* -----  
**МОНОГРАФИИ, КНИГИ И МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ АЗЕРБАЙДЖАНСКИХ  
УЧЕНЫХ, СОТРУДНИКОВ НАЦИОНАЛЬНОГО ЦЕНТРА ОНКОЛОГИИ И КАФЕДР  
ОНКОЛОГИИ И РЕНТГЕНОЛОГИИ**

Н.А.Бахшалиева

**ОНКОЛОГИЯ И МЕД.РАДИОЛОГИЯ**

1. Багиров Д.М. Хирургическое лечение рака пищевода. Баку: Азернешр, 1966.
2. Гулиева С.А. Реактивность организма и опухолевый рост. Баку: Азернешр, 1967, 162с.
3. Гулиева С.А. Нефтепродукты и злокачественные опухоли. Баку: Азернешр, 1970, 131с.
4. Рабкин И.Х., Акпербеков А.А.. Рентгено-диагностика заболеваний и повреждений диафрагмы. М.: Медицина, 1973, 166с.
5. Кулиев Ш.Б. Диагностика и лечение метастазов злокачественных опухолей и системных поражений лимфатического аппарата. Баку: Азернешр, 1976, 162с.
6. Блохин Н.Н., Трапезников Н.Н., Алиев Д.А. Пластические операции при злокачественных опухолях кожи. М.: Медицина, 1979, 208с.
7. Кулиев Ш.Б. Проблемы свертывания крови в онкологии. Баку: Азернешр, 1979, 193с.
8. Мамедов А.М. и др. Эндолимфатическая и лимфотропная терапия. Под ред. Ю.М. Левина. Ташкент: Медицина, 1987, 111 с.
9. Гарин А.М., Алиев Д.А. Лечение диссеминированных форм злокачественных новообразований. Баку: Азернешр, 1988, 256с.
10. Розин Д.Л. Опухоли молочных протоков. Баку: Азернешр, 1989, 376с.
11. Трапезников Н.Н., Летягин В.П., Алиев Д.А. Лечение опухолей молочной железы. М.: Медицина, 1989, 176с.
12. Trapeznikov N.N., Letyagin V.P., Aliyev D.A. Treatment of breast tumors. Moscow: Progress, 1989, 178 p.
13. Нейман И.М., Гулиева С.А. Об основных направлениях теоретической онкологии. Баку: Азернешр, 1990, 92с.
14. Алиев Д.А., Джафаров Р.Д. Медико-социальная реабилитация больных раком молочной железы. Баку: Азернешр, 1991, 101с.
15. Гудратов Н.О., Мамедов М.К., Зейналов Р.С. Рак и питание Баку: Азернешр, 1991, 58с.
16. Мамедов М.К., Гудратов Н.О. Вирусы, вирусные инфекции и злокачественные опухоли. Баку: Билик, 1992, 186с.
17. Алиев Д.А., Наджафов Т.А. Словарь онколога. Баку, 1993, 101с.
18. Алиев Д.А., Джафаров Р.Д., Наджафов Т.А. Диагностика и лечение рака молочной железы (на азерб. яз.). Баку: Элм, 1993, 120с.
19. Алиев Д.А., Мамедов М.К., Гудратов Н.О. Онкологические аспекты вирусного гепатита В. Баку: Билик, 1993, 147с.
20. Трапезников Н.Н., Амирасланов А.Т. Паростальная саркома. Баку: Азернешр, 1993, 104с.
21. Агаев И.Н. Онколо...ија (тибб институтун тәләбәләри үчүн дәрслик). Баку: Тәбиб, 1994.
22. Әмирасланов Ә.Т. Онколо...ија (тибб университети тәләбәләри үчүн дәрслик). Баку: Тәбиб, 1995, 460 в.
23. Гудратов Н.О., Мамедов М.К. Введение в экспериментальную онкологию. Под ред. Д.А. Алиева. Баку: Элм, 1995, 198с.



24. Алиев Д.А., Мамедов М.К., Зейналов Р.С., Рагимова С.Э. Рак молочной железы и функциональное состояние печени. Баку: Билик, 1996, 101 с.

#### НАУЧНЫЕ ИЗДАНИЯ НЕОНКОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ

1. Аликишибеков М.М. Патология щитовидной железы. Баку: Азернешр, 1965, 96с.
2. Абасов И.Т. Функциональные исследования органов пищеварения при заболеваниях желудка. Баку: Азернешр, 1967, 203с.
3. Абасов И.Т. Хронические гепатиты. Баку, 1969, 19с.
4. Абасов И.Т. Диагностика заболеваний поджелудочной железы. Баку, 1972, 151с.
5. Абасов И.Т. Военно-полевая терапия. Баку, 1972, 154с.
6. Элизаде Э.М., Абдуллаев Н.И., Абдуллаев М.М., Элиев Э.М., Г.К.Багыров, Н.Н.Бунјатов, Ш.М.Бехбудов, Д.Д.Хусейнов, М.Ч.Чавадзаде, Н.Керимов. Клиник Чэрраһлыг (Тибб институту үчүн дәрслик). Баку: Маариф, 1974, 410 в.
7. Левитан М.Х., Абасов И.Т., Капуллер Л.Л. Болезнь Крона. Баку: Азернешр, 1974, 239с.
8. Абдуллаев В.М. Патогистологические изменения глаз при радиационном поражении. Баку: Азернешр, 1976, 136с.
9. Абасов И.Т., Саакян А.Г. Диагностика и терапия хронических заболеваний тонкой кишки. Баку: Азернешр, 1977, 200с.
10. Абасов И.Т., Абдуллаев М. Очерки военно-полевой терапии (на азерб. языке). Баку, 1977, 128 с.
11. Абасов И.Т., Абдуллаев М., Байрамов Г. Пропедевтика внутренних болезней (на азерб. языке). Баку, 1977, 272 с.
12. Агаев Б.А., Агаева С.А., Гадиев С.И. Кининовая система крови при некоторых хирургических заболеваниях. Баку: Азернешр, 1979, 178 с.
13. Абасов И.Т., Ногаллер А.М. Хронический неязвенный колит. Баку: Азернешр, 1984, 244с.
14. Агаев Б.А., Абасов И.Т., Иоф И.М. Диагностика заболеваний органов пищеварения. Баку: Азернешр, 1985, 202 с.
15. Кулиев Ш.Б. Лимфатическая система и ее значение в хирургии. Баку: Азернешр, 1987, 155 с.
16. Керимов Б.А., Гудратов Н.О., Мамедов М.К., Ахмедова И.Н. Русско-английский разговорник. Баку: Бустан, 199... , 103 с.
17. Мамедов М.К., Гаибов Н.Т., Рустамов Р.Ш. Синдром приобретенного иммунного дефицита. Баку: Ишыг, 1991, 144 с...
18. Мамедов М.К., Гудратов Н.О. Твердофазный иммуноферментный метод в серологической диагностике. Баку: Знание, 1992,....
19. Мамедов М.К., Гудратов Н.О. Интимная жизнь: Коротко обо всем. Баку: Бустан, 1992....
20. Мамедов М.К., Саилов М.Д. Вирусные гепатиты. Баку: Билик, 1993.
21. Мамедбеков Э.Н., Шихалиев Я.Ш., Мамедов М.К. Деструктивный туберкулез легких в современных условиях. Баку: Азернешр, 1997.....

#### Х Р О Н И К А

##### НА ЕВРОПЕЙСКОМ СИМПОЗИУМЕ ПО ЛЕЙКЕМИЯМ И ЛИМФОМАМ

11-15 октября 1997 г. в г.Вульямени (окрестности Афин) работал очередной Европейский симпозиум по лейкомиям и лимфомам. Симпозиум был организован Национальным университетом Афин под эгидой Европейской Школы Онкологии.

В работе симпозиума приняло участие более 50 исследователей из Англии, Франции, Голландии, Германии, Австрии, Польши, Венгрии, Чехии, Италии, Турции, Болгарии, Румынии, Израиля, Египта, Туниса, Сирии, России, Украины, Белоруссии, Литвы, Эстонии, США и Канады. Азербайджан был представлен двумя участниками.

Основными направлениями работы симпозиума было обсуждение новых направлений и последних достижений в области изучения этиологии, патогенеза, диагностики, классификации и лечению лейкозов и злокачественных лимфом.

С приветствием к открытию курсов выступил руководитель гематологической клиники Национального афинского университета проф. Г.А.Пангалис, который зачитал приветствие Президента Европейской Школы Онкологии У.Веронези (Милан).

На симпозиум были представлены обстоятельные доклады ряда известных онкогематологов Европы и США.

С докладом о новых направлениях в диагностике и современных принципах классифицирования лейкозов выступил Джордж Фландрин (Франция). Продолжая данную тематику, выступил профессор Роберт Фоа (Италия), который рассказал о новых методах, расширяющих возможности морфо-иммунологической классификации лейкозов, которая позволяет ощутимо повысить эффективность методов терапии (и, в том числе, генной терапии) лейкозов.

Вопросу о современных подходах к классификации лимфом был посвящен доклад К.Киттас (Греция), в котором были рассмотрены принципы Пересмотренной евро-американской классификации лимфом и проанализировано ее клиническое значение.

О новых путях в определении и использовании достижений молекулярной генетики в изучении биологии лейкозов и лимфом было доложено К.Стоматоролос (Греция).

Далее прозвучали доклады, касающиеся отдельных нозологий, в частности: острый нелимфоцитарный лейкоз, острый лимфолейкоз у взрослых (Д.Хольцер, Германия), хронический миелолейкоз (Ф.Берис, Швейцария), острый лимфолейкоз у детей (Н.Космидис, Греция). С большим интересом был прослушан доклад по диагностике и лечению волосато-клеточного лейкоза, пролимфоцитарного лейкоза, прочитанный А.Поллиак (Израиль).



О стадировании и прогностических факторов в отношении лечения и прогноза злокачественных лимфом, и в частности лечения крупноклеточных неходжкинских лимфом, болезни Ходжкина доложил в своих лекциях А.Саррис (США) и Д.Котовски (США).

Большой интерес вызвали доклады Г.А.Пангалиса и В.Бусиотиса (США) о классификационном положении, биологической сущности и лечении низкодифференцированных неходжкинских лимфом. Здесь были обсуждены некоторые вопросы этиологии лимфом и возможной роли в их возникновении хронической инфекции, обусловленной вирусом гепатита С.

Отдельный доклад М.Сиакантарис (Греция) был посвящен биологии, гистопатологии, клиническим проявлениям и лечению лимфомы, исходящей из ассоциированной со слизистыми оболочками лимфоидной ткани (MALT lymphoma). Был отдельно обсужден вопрос о возможной роли *Helicobacter pylori* в этиопатогенезе MALT-лимфомы.

Далее были затронуты вопросы лечения лейкозов и лимфом моноклональными антителами (А.Саррис) и роли лучевой терапии в лечении данных патологий (К.Папавассилио, Греция).

Патологическим и биологическим аспектам, клиническим проявлениям и аспектам лечения злокачественных лимфом у ВИЧ-инфицированных лиц, а также, первичной лимфомы центральной нервной системы, и лимфом у пожилых был посвящен весьма содержательный доклад У.Тирелли (Авиано, Италия).

В конце каждого рабочего дня за круглым столом проходило обсуждение докладов и выступления участников симпозиума. В прениях было заслушано сообщение об опыте лечения лимфом в Азербайджане (М.Мамедов).

На протяжении всего симпозиума его участники могли ознакомиться с коллекцией гистологических препаратов лейкозов и лимфом из личной коллекции проф. Фландрина и музея морфологии гематологической клиники Национального университета Афин. Желая, кроме того, была предоставлена возможность ознакомиться с работой этой клиники.

В рамках культурной программы участники посетили ряд достопримечательностей в городах Афины и Пирей.

Э.М.Оруджев

#### О НАУЧНОМ НАСЛЕДИИ ПРОФЕССОРА С.Б. ТАГИ-ЗАДЕ

13 марта 1997 г. перестало биться сердце одного из видных азербайджанских ученых в области биохимии опухолевого роста доктора медицинских наук, профессора Сабир Баба оглы Таги-заде.

С.Б.Таги-заде родился 19 февраля 1929 г. в г.Агдаме. В 1954 г. окончил лечебно-профилактический факультет Азербайджанского государственного медицинского института и по направлению работал врачом-хирургом.

Поступив в 1958 г. в аспирантуру НИИ рентгенологии, радиологии и онкологии, С.Б.Таги-заде в 1962 г. защитил кандидатскую диссертацию на тему "Обмен витамина С при злокачественных новообразованиях" и стал сотрудником института. В 1971 г. он защитил докторскую диссертацию на тему: "Взаимосвязи углеводного обмена опухоли и организма", а в 1980 г. С.Б.Таги-заде был утвержден в звании профессора по специальности "биохимия". С 1962 г. и до последнего дня жизни он руководил лабораторией биохимии Национального центра онкологии.

Профессора С.Б.Таги-заде отличали большая работоспособность, широкая научная эрудиция, взвешенность суждений как ученого, и сдержанная, но искренняя доброта и сердечность как человека.

Долгие годы он был бессменным главным специалистом Министерства здравоохранения Азербайджана по лабораторному делу, председателем общества врачей-лаборантов и возглавлял комиссию Минздрава по аттестации врачей-лаборантов. являлся членом редакционной коллегии "Азербайджанского журнала онкологии и смежных наук" и редакционного совета журнала "Клиническая лабораторная диагностика". Его научное наследие включает более двухсот работ, опубликованных им и его учениками, среди которых есть доктора и более десятка кандидатов медицинских и биологических наук.

Не ставя перед собой цель провести детальный анализ научной деятельности профессора С.Б.Таги-заде, мы считаем своим долгом остановиться на важнейших результатах его работы, которые уже сегодня можно рассматривать как существенный вклад в развитие современных представлений о биохимии опухолевого роста и характерных сдвигах метаболического гомеостаза в организме онкологических больных.

Профессором С.Б.Таги-заде неопровержимо доказано наличие значительного дефицита витамина С у онкологических больных и степень ее зависимости от локализации и распространенности процесса и проводимого лечения, что позволило разработать рациональную суточную дозу аскорбиновой кислоты для больных. Впервые было опровергнуто представление о роли дегидроаскорбиновой кислоты в патогенезе лучевой болезни. В дальнейшем результаты этого цикла исследований нашли свое подтверждение в последующих работах отечественных и зарубежных исследователей и широкое применение в онкологической практике.

Результаты разносторонних клиничко-экспериментальных исследований С.Б.Таги-заде по взаимосвязи углубленного обмена опухоли и организма послужили основой для применения новых видов комбинированного лечения онкологических больных, нашли применение в ряде онкологических центров и оказали определенное влияние на разработку парентерального питания больных. Анализ публикаций по данному циклу исследований, в частности, посвященных механизмам гликогемолитиза при злокачественном росте опухоли в организме, показал, что работы С.Б.Таги-заде составляют неотъемлемый и важный компонент исследований, квалифицированных как открытие.

Под руководством профессора С.Б.Таги-заде и при непосредственном его участии на качественно новом уровне были выполнены работы, посвященные актуальным биохимическим аспектам клинической и экспериментальной онкологии.



На основании изучения углеводного обмена при злокачественных новообразованиях им было высказано предположение и последующими научными исследованиями доказана концепция о цепной реакции в организме с опухолью, приводящей к нарушению других обменных процессов. Последнее нашло свое подтверждение при изучении окислительно-восстановительных процессов, липопротеидных комплексов у больных с различными локализациями опухоли, ферментов и изоферментов при раке молочной железы, альдостерона и электролитного обмена при хирургическом лечении больных раком желудка и толстой кишки.

С.Б.Таги-заде совместно с клиницистами-онкологами разработаны методические рекомендации для соответствующей корректирующей терапии онкологических больных.

Заслуживают внимания результаты серии работ, посвященных воздействию проникающей радиации на биохимические процессы при лечении онкологических больных, отражающих функцию отдельных органов и систем в процессе проведения химиотерапии при различных локализациях опухоли, а также связанных с испытанием синтезированных в Азербайджане ряда селенсодержащих препаратов для выяснения их влияния на биохимические процессы.

Исследования рецепторов эстрогенов в опухоли у больных раком молочной железы позволили проанализировать корреляционную связь рецепторного состава опухолей молочной железы с клиническими данными, гистологическим строением опухоли и другими факторами, сопоставлены с эффективностью различных схем химио-, радио-, термордио- и гормонотерапии.

Как логическое продолжение фундаментальных работ по углеводному обмену, под руководством С.Б.Таги-заде проводилась интенсивная разработка комплекса исследований обмена липидов при злокачественных новообразованиях. Результаты исследований показали пути нарушений метаболизма липидов при развитии злокачественной опухоли в организме и дали возможность обосновать необходимость коррекции глюкозой сдвигов в показателях липидного обмена. На клиническом материале было установлено, что коррекция липидного обмена при злокачественных новообразованиях возможна не только "глюкозой", но и "липидной" системой энергообеспечения, которая способствовала нормализации, наряду с другими показателями, также содержания фосфолипидов, триглицеридов и суммы жирных кислот.

Ценность исследований, проведенных под руководством профессора С.Б.Таги-заде, сегодня очевидна. Ясно также и то, что реальное их значение еще предстоит осмыслить, а его коллеги и ученики склоняют голову перед светлой памятью большого ученого.

профессор Г.М.Бекир-заде

#### **ПАМЯТИ ЮНИСА МУСЛИМ ОГЛЫ МАМЕДЬЯРОВА**

В этом году (ноябрь 1997 года) ему исполнилось бы 65. Уже больше года как наш коллектив потерял одного из плеяды отечественных онкологов - ярчайшую личность, хорошо образованного и широко эрудированного человека, внимательного врача и замечательного хирурга, виртуозно владевшего техникой различных оперативных вмешательств на органах брюшной полости.

Проработав после окончания Азербайджанского медицинского института им.Н.Нариманова в 1956г. в различных стационарах общехирургического и онкологического профиля, Мамедьяров Ю.М. приобрел солидный опыт в различных областях оперативной онкологии (органы головы и шеи, грудной клетки и пр.). Своим опытом и знаниями охотно делился с молодыми специалистами, сотрудниками отделения, оказывал им практическую помощь в качестве наставника.

Отличник здравоохранения с 1984 года, хирург-онколог высшей категории. Последний период его жизни и деятельности был связан с отделением абдоминальной онкологии Национального центра онкологии Минздрава Азербайджанской Республики. Сотрудники этого центра хорошо помнят его необычайно человеческое отношение к больным, его удивительно серьезное отношение к процессу диагностики и лечения, когда он многие часы читал литературу, стараясь детально разобраться в каждом конкретном случае и выбрать оптимальный вариант лечения.

Человек, обладавший огромной притягательной силой, большой добротой и отзывчивостью, он для всех и всегда находил совет, доброе слово и улыбку.

Таким он и останется в памяти друзей, коллег, учеников и пациентов.

Редакционная коллегия

#### **ПАМЯТИ МАБУТА СУЛЕЙМАН ОГЛЫ ИСАЕВА**

4 июня 1997 г. скоропостижно скончался известный азербайджанский врач-радиолог, кандидат медицинских наук, доцент Мабут Сулейман оглы Исаев.

Он родился 15 декабря 1930 г. в с.Меликли Зардобского района. После окончания средней школы в 1949 г. он поступил на лечебно-профилактический факультет Азербайджанского медицинского института. После окончания института в 1955 г. он год работал заведующим сельского врачебного пункта, а последующие 3 года - врачом-терапевтом районного санитарно-больничного объединения.

В 1959 г. он поступил в очную аспирантуру по медицинской радиологии в НИИ рентгенологии, радиологии и онкологии в г.Баку. и был направлен для выполнения диссертации в г.Киев в рентгенорадиологический и онкологический институт. В 1963 г. в г.Тбилиси он успешно защитил кандидатскую диссертацию на тем: "Метастазирование опухолей при воздействии рентгеновых лучей и меркаптоэтиламина".

С 1962 г. М.Исаев работает в НИИ рентгенологии, радиологии и онкологии в г.Баку: до 1967 г. - младшим и до 1969 г. - старшим научным сотрудником. В 1969 г. он был избран доцентом кафедры рентгенологии и радиологии Азербайджанского государственного медицинского института им.Н.Нариманова. Вся его дальнейшая научно-преподавательская деятельность (с перерывом на 4



года, когда он находился в зарубежной командировке в Алжирской Народно-демократической Республике) была связана с этой кафедрой.

М.Исаев являлся одним из видных представителей азербайджанской школы медицинской радиологии. Он активно консультировал больных, читал лекции, вел учебные курсы со студентами, принимал активное участие в научных исследованиях. Кроме этого, он не жалел сил и времени на воспитание студентов, молодых врачей, щедро делился с ними своим большим врачебным и жизненным опытом. М.Исаев снискал большую любовь своих пациентов и уважение коллег как в медицинском университете, так и в Национальном центре онкологии.

Светлый образ Мабута Исаева, прекрасного врача, опытного педагога и доброго и отзывчивого человека навсегда останется с его близкими, друзьями, коллегами, студентами и благодарными больными.

Редакционная коллегия

#### ПРАВИЛА ОФОРМЛЕНИЯ РУКОПИСЕЙ, ПРЕДСТАВЛЯЕМЫХ ДЛЯ ПУБЛИКАЦИИ В "АЗЕРБАЙДЖАНСКОМ ЖУРНАЛЕ ОНКОЛОГИИ И СМЕЖНЫХ НАУК"

В "Азербайджанском журнале онкологии и смежных наук" на азербайджанском, английском или русском языках будут публиковаться оригинальные статьи, краткие сообщения, письма редактору, а также научные обзоры (по заказу редакционной коллегии), посвященные актуальным вопросам клинической, экспериментальной, теоретической онкологии и медицинской радиологии, а также и смежных с ними наук. Письма редактору принимаются только на английском языке и не рецензируются: ответственность за их содержание всецело лежит на авторах.

1. Рукописи статей и кратких сообщений должны быть напечатаны в 2-х экземплярах стандартным шрифтом через 2,0 интервала с полями шириной: слева - 4 см, справа - 1 см, не более 30 строк на странице. Объем рукописей, включая указатель литературы, не должен превышать: для оригинальных статей - 8 стр, для кратких сообщений - 3 стр, для писем редактору - 40 строк.

На первой странице статьи пишутся: 1) название работы (печатается заглавными буквами); 2) инициалы и фамилии авторов; 3) название учреждения и ведомства, город.

2. Изложение должно быть ясным, сжатым, без длинных введений и повторений. Рекомендуется в тексте выделять рубрики: введение и цель работы, материалы и методы, результаты и обсуждение, заключение и литература. Ссылки на цитируемую литературу в тексте даются в виде арабских цифр (в косых или квадратных скобках), соответствующих номерам источников в указателе литературы. Все сокращения и пояснения в тексте даются в круглых скобках. Формулы должны быть либо полностью напечатаны на машинке, либо полностью от руки.

Цифровой материал работ желательно представлять в виде рисунков. Таблицы и рисунки (не более 2) выполняются черной шариковой ручкой или тушью на отдельных листах. Объем каждой иллюстрации не должен превышать 1 страницы.

3. Указатель литературы печатается (через 1,5 интервала) сразу после текста статьи. Источники приводятся в алфавитном порядке по фамилии первого автора: сначала на азербайджанском и русском, затем на западно-европейских языках. Указываются фамилии и инициалы только первых трех авторов (если авторов более трех, то остальные авторы заменяются обозначением "и др." или "et al."). Название журнальных статей приводится полностью. Далее указываются названия источника (журнал, монография, сборник и т.д.) и его выходные данные, а также номера первой и последней страниц. Ссылки на диссертации не допускаются. Письма редактору могут иметь до 2 ссылок на литературу.

4. В адрес редколлегии высылаются экземпляры рукописи и сопроводительное письмо учреждения. На отдельном листе представляется краткое резюме (объем - до 10 строк) на английском языке, если работа написана на азербайджанском или русском языках, и название работы и фамилии авторов на азербайджанском и русском языках, если работа написана на английском языке. Направляемая в редакционную коллегию рукопись должна быть подписана всеми авторами.

5. В редколлегию могут направляться и компьютерные дискеты с материалами, набранные в одном из редакторов, совместимых с операционной системой DOS или Norton Commander. В этом случае, к дискете прилагается лист с названием статьи, подписями всех авторов и разрешительными визами учреждения.

6. К статье должен быть приложен лист с указанием фамилии, имени и отчества всех авторов, их ученые степени и звания и занимаемые должности. Здесь же приводится точный почтовый адрес и номер телефона, по которому можно связаться с одним из авторов.

7. Редколлегия сохраняет за собой право сокращать публикуемые материалы независимо от их объема. Не принятые в журнал рукописи возвращаются авторам только по их просьбе.

Рукопись направлять по адресу: 370012, Азербайджанская Республика, г.Баку, ул.Шариф-заде, 10/43, Национальный центр онкологии, ответственному секретарю редколлегии "Азербайджанского журнала онкологии и смежных наук" БАХШАЛИЕВОЙ Назифе Агаали кызы.

По вопросу приобретения журнала можно обращаться по указанному адресу и звонить по телефону (092) 698256.



## ОГЛАВЛЕНИЕ

### ! ОБЗОРЫ !

L=====

РАЗВИТИЕ НОМЕНКЛАТУРЫ И КЛАССИФИКАЦИИ ЛИМФОМ М.К.Мамедов, Э.М.Оруджев (НЦО)	1
-----	
ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫЕ ЛИМФОМЫ КОЖИ: НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ КЛИНИКИ ДИАГНОСТИКИ ПАТОГЕНЕЗА И ЛЕЧЕНИЯ Э.Фараджев (АМУ)	5
-----	
<b>! ОРИГИНАЛЬНЫЕ СТАТЬИ !</b>	
L=====	
НЕКОТОРЫЕ СОЦИАЛЬНО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ В АЗЕРБАЙДЖАНСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ Д.А.Алиев, Э.И.Ибрагимов, Ф.А.Марданлы	9
-----	
К ВОПРОСУ ОНКОЛОГИЧЕСКОЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ ПРИ ИНГАЛЯЦИОННОМ ВОЗДЕЙСТВИИ РАДОНА И ЕГО ДОЧЕРНИХ ПРОДУКТОВ Д.А.Зарединов (Ташкент)	11
-----	
ПРИМЕНЕНИЕ ТАКСОЛА ПРИ ЛЕЧЕНИИ МЕТАСТАЗИРУЮЩЕГО РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕ- ЛЕЗЫ Д.А.Алиев, Р.С.Зейналов, С.Р.Гиясбейли, Н.Р.Дадашева, И.К.Казымов	13
-----	
К ВОПРОСУ ЦИТОМОРФОЛОГИИ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В.А.Али-заде, Т.М.Велиева, Э.Р.Гусейнова	15
-----	
НЕПОСРЕДСТВЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ХИМИОТЕРАПИИ НЕХОДЖКИНСКИХ ЛИМФОМ ПО ПРОГРАММАМ, ВКЛЮЧАЮЩИМ ЦИСПЛАТИН В.С.Ватанха	17
-----	
ЛУЧЕВАЯ ТЕРАПИЯ БОЛЬНЫХ РАКОМ ГОРТАНИ И.Г.Исаев, Ш.М.Бейбутов, Н.Г.Кулиева, С.Н.Гусейнов, Э.Р.Гусейнова	19
-----	
СҮМҮК САРКОМАЛАРЫ ЗАМАНЫ САХЛАЈЫЧЫ ОПЕРАСИЈАЛАРЫН АПАРЫЛМА- СЫНА ДАИР БИЗИМ ТЭЧЭРҮБЭМИЗ Э.Т. Эмирасланов, А.Ж.Газыјев	21
-----	
ПРОСТАТ ВЭЗИ ХЭРЧЭН,ИНИН hормонал мҮАЛИЧЭСИНИН мҮАСИР ПРИНЦИПЛЭРИ С.Б.Имамвердијев, И.С. Эһмәдов	22
-----	
ПОКАЗАТЕЛИ КРОВИ, ОТРАЖАЮЩИЕ СОСТОЯНИЕ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОЙ РЕЗИСТЕНТНОСТИ У БОЛЬНЫХ ХОДЖКИНСКОЙ ЛИМФОМОЙ Э.М.Оруджев	24
-----	
КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ БОЛЬШОЙ БЕТА-ТАЛАССЕМИЕЙ ПОСЛЕ СПЛЕНЭКТОМИИ Э.А.Кадымова	26
-----	
ХАРАКТЕР ИЗМЕНЕНИЯ ЭНДОКРИННЫХ КЛЕТОК ПРИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ П.С.Мамедов	28
-----	
СОСТОЯНИЕ КАЛЬЦИЕВОГО ОБМЕНА У БОЛЬНЫХ НЕСПЕЦИФИЧЕСКИМ ЯЗВЕННЫМ КОЛИТОМ Э.Г.Исаев	30
-----	
SOME ASPECTS OF TREATMENT DESTRUCTIVE LUNG TUBERCULOSIS IN COMBINATION WITH TUBERCULOSIS BRONCHI LESION E.N.Mamedbekov	32
-----	
К РЕНТГЕНОДИАГНОСТИКЕ И РЕНТГЕНОТЕРАПИИ ФЛЕБОЛИТОВ СТОПЫ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ Р.Н.Рагимов, Ш.М.Бейбутов, С.Г.Алиев, Т.Т.Асланов, Н.Г.Кулиева	34
-----	



СОСТОЯНИЕ КЛЕТОЧНОГО ИММУНИТЕТА ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ СОРБЕНТОТЕРАПИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ФЛЕГМОНАМИ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ О.С.Сеидбеков, Г.А.Асадов, Р.Г.Абышов	36
-----	
КЕСАР КЭСИЈИՆՔ НИСБИ КՕՏՆՐԻՇԼՔՐԻՆ ԹԵՅԼԻԼԻ С.н.Исрафилбејли, П.М. Әлијева	38
-----	
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ГЕМОСОРБЦИИ В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ Н.Р.Велиева, Д.Т.Мамедов, Д.Б.Гаджиев	40
-----	
МИОКАРДЫН ИПЕРТРОФИЈАСЫНЫН ЕКСПЕРИМЕНТАЛ ВАРИАНТЛАРЫНДА ҮРՔ ԶՅՆԼՔԻՆԴՔ ЛАКТАТДЕИДРОКЕНАЗА АКТИВЛИЈИՆԻՆ ՕՂՐՆԻԼՄՔՏԻ Ф.Г.Исламзаде, А.М. Әфендијев, М.Р.Гулијев, А.Н.Гарајев, К.А.Гулијев	41
-----	
РЕАНИМАЦИОННЫЕ ПОСОБИЯ ПРИ АСТМАТИЧЕСКОМ СТАТУСЕ С.Н.Гусейнов, Л.А.Вайсберг (НЦО, Москва)	43
-----	
<b>! КРАТКИЕ СООБЩЕНИЯ!</b> L=====	
ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫЕ НОВООБРАЗОВАНИЯ КОЖИ В АЗЕРБАЙДЖАНСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ Э.Б.Мансуров	44
-----	
НЕКОТОРЫЕ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ РАКА ПИЩЕВОДА В АЗЕРБАЙДЖАНСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ Ф.А.Марданлы, З.Г.Халилов, Р.А.Гусейнова	45
-----	
ЭПИДЕМИОЛОГИЯ РАКА ГОРТАНИ В АЗЕРБАЙДЖАНСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ Н.А.Гулиев, М.Н.Абдуллаев	46
-----	
ИЗУЧЕНИЕ БЛИЖАЙШИХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ВИДАХ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ II-III СТАДИЙ Д.А.Алиев, Р.Д.Джафаров, Ю.Ю.Алиев, И.К.Казымов, С.Э.Рагимова	47
-----	
РОЛЬ СОПУТСТВУЮЩИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В ПРОГНОЗЕ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ Р.Д.Джафаров	48
-----	
ВЛИЯНИЕ РАДИКАЛЬНОЙ МАСТЭКТОМИИ НА ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ПЕЧЕНИ С.Э.Рагимова	48
-----	
ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ РАКА ОБОДОЧНОЙ КИШКИ Э.И.Ибрагимов, А.А.Абдуллаев, А.Р.Алиев, Н.Б.Алиева, В.И.Гулуев	49
-----	
ВЛИЯНИЕ ИНFUЗИИ АЛОГЕННОЙ КОСТНО-МОЗГОВОЙ ВЗВЕСИ НА УРОВЕНЬ ПРОСТАГЛАНДИНОВ СЕРИИ E В ОСТЕОГЕННОЙ САРКОМЕ А.Т.Амирасланов, Н.Е.Кушлинский, З.А.Сафаров, Э.Э.Ибрагимов	50
-----	
ОБ УРОВНЯХ ПРОСТОГЛАНДИНА E В ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЯХ ЯИЧНИКА И ЗДОРОВОЙ ТКАНИ ЭТОГО ОРГАНА Г.Н.Керимова, А.Т.Амирасланов, Н.Е.Кушлинский	52
-----	
УЛЬТРАСОНОГРАФИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ ДИАГНОСТИКИ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ Д.А.Керимбекова	52
-----	
КРИОХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОПУХОЛЕЙ ВИДИМЫХ ЛОКАЛИЗАЦИЙ О.Г.Тапладзе, К.М.Мардалеишвили, И.Ш.Надирадзе, В.Н.Логунов, Т.Г.Мурусидзе	53
-----	
ԴԱՆ ԶՐԴԱԲՅՆԴԱ ՍՐՕՏԱԿՆ ՏԵՍԻՓԻԿ ԱՆԿԻԿԵՆԻ (ՍՏԱ) ԹՅՆԼԻՆԻՆԻՆ ՍՐՕՏԱԿ ՎՅՅԻ ԽՐՇՇՆԻՆԻՆ ԴԻԱԳՆՕՏԻԿԱՏՅՆԴԱ ՐՕԼՍ И.С. Әһмәдов	54
-----	
МЕГЕСТРОЛ АЦЕТАТ В ЛЕЧЕНИИ КАХЕКСИИ БОЛЬНЫХ ЛИМФОМАМИ Ф.Х.Джураева	55
-----	
СИСТЕМА СБАЛАНСИРОВАННОГО ПИТАНИЯ ПРИ РАДИОТЕРАПИИ И ХИМИОТЕРАПИИ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ Р.Я.Вепхвадзе, Э.Г.Гедеванишвили, А.Б.Капанадзе, А.О.Сепиашвили	56
-----	



CONCERNING MAIN MECHANISMS OF HEPATOPATHY NEGATIVE INFLUENCE TO COURSE AND PROGNOSIS OF BREAST CANCER S.R.Giyasbeily	57
-----	
О ГЕПАТОПАТИЯХ У ЖЕНЩИН С ОПУХОЛЯМИ ГЕНИТАЛИЙ С.Н.Ахмедова, У.К.Намазова, Р.Н.Оруджли	58
-----	
ВЛИЯНИЕ ПРЕДОПЕРАЦИОННОЙ ТЕРМОРАДИОТЕРАПИИ НА ТЕЧЕНИЕ ПОСТОПЕРА- ЦИОННОГО ПЕРИОДА У БОЛЬНЫХ РАКОМ ПРЯМОЙ КИШКИ И МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ И.Г.Исаев, Ш.М.Бейбутов,	59
-----	
ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ВИДЕОСИСТЕМЫ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ О.К.Ширалиев, Х.А.Мусаев, А.А.Акпербеков	60
-----	
ЭЛЕКТРОННО-МИКРОСКОПИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПЛАЦЕНТЫ РАБОТНИЦ ПРОИЗВОДСТВЕННОГО ОБЪЕДИНЕНИЯ "АЗНЕФТЬ-ЯГ" В.А.Али-заде, С.А.Алиева	61
-----	
ИММУННЫЕ НАРУШЕНИЯ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ТКАНЕЙ ПАРОДОНТА У БОЛЬНЫХ ПОЧЕЧНО-КАМЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ О.С.Сеидбеков, Р.М. Караев	63
-----	
ЗНАЧЕНИЕ НЕКОТОРЫХ ФАКТОРОВ В РАЗВИТИИ РЕЦИДИВА У БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ Н.А.Аббасов, М.Н.Алиева, Н.Ф.Эфендиев	64
-----	
PARAMETERS OF LOCAL IMMUNITY IN PATIENTS WITH FOR THE FIRST TIME REVEALED DESTRUCTIVE LUNG TUBERCULOSIS E.N.Mamedbekov	65
-----	
ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ КВАМАТЕЛА В ТЕРАПИИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ И.Т.Абасов, А.Б.Гасанова-Самедова	66
-----	
ИММУНОСЕРОЛОГИЧЕСКАЯ СТРУКТУРА В ОТНОШЕНИЕ ВИРУСНЫХ ГЕПАТИТОВ СРЕДИ ДЕТСКОГО НАСЕЛЕНИЯ г.БАКУ Н.Д.Гулиев, С.М.Кулиева, А.Н.Ахмедова, Р.Г.Мустафаева,	67
-----	
КЛИНИКО-БИОХИМИЧЕСКИЕ И СЕРОЛОГИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ВИРУСНЫМ ГЕПАТИТОМ В В ПРОЦЕССЕ ЛЕЧЕНИЯ РОФЕРОНОМ-А С.Э.Пашабейли, Н.И.Миришли, И.Н.Ахмедова, Н.О.Гудратов	68
-----	
О ХРОНИЧЕСКИХ ГЕПАТИТАХ У ДЕТЕЙ С.А.Гусейнова, АМУ	70
-----	
НОВЫЙ ЭКСПРЕСС-МЕТОД АКУПУНКТУРНОЙ ДИАГНОСТИКИ Р.Ф.Тахмазов	71
-----	
ЛЕЧЕНИЕ РАССЕЯННОГО СКЛЕРОЗА Р.К.Ширалиева	72
-----	
ЗАВИСИМОСТЬ УРОВНЯ И СТРУКТУРЫ ТРАВМАТИЗМА ДЕТЕЙ ОТ ВОЗРАСТА И ПОЛА А.В.Мирзоев	74
-----	
THE USE OF NATURAL HYGLENIC EXPERIMENT TO ASSESS THE ENVIRONMENTAL POLLUTION BY METALS M.A.Kazimov, E.F.Abbasova, N.D.Geyushova	75
-----	
ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ЧАСТЫХ КИШЕЧНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА А.М.Дадашева	77
-----	
ВОССТАНОВЛЕНИЕ БРОНХИАЛЬНОЙ ПРОХОДИМОСТИ И ВЕНТИЛЯЦИОННО-ПЕРФУЗИОННОГО СООТНОШЕНИЯ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ОБСТРУК- ТИВНЫМ БРОНХИТОМ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ КОМПЛЕКСА МЕРОПРИЯТИЙ, ПОВЫШАЮЩИХ ОБЩУЮ И ИММУННУЮ РЕАКТИВНОСТЬ ОРГАНИЗМА С.Б.Джамалов	78
-----	



! ПИСЬМА РЕДАКТОРУ !

L=====

МОНОГРАФИИ, КНИГИ И МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ АЗЕРБАЙДЖАНСКИХ  
УЧЕНЫХ, СОТРУДНИКОВ НАЦИОНАЛЬНОГО ЦЕНТРА ОНКОЛОГИИ И КАФЕДР  
ОНКОЛОГИИ И РЕНТГЕНОЛОГИИ

Н.А.Бахшалиева

85

Х Р О Н И К А

НА ЕВРОПЕЙСКОМ СИМПОЗИУМЕ ПО ЛЕЙКЕМИЯМ И ЛИМФОМАМ

Э.М.Оруджев

86

О НАУЧНОМ НАСЛЕДИИ ПРОФЕССОРА С.Б.ТАГИ-ЗАДЕ

профессор Г.М.Бекир-заде

87

ПАМЯТИ ЮНИСА МУСЛИМ ОГЛЫ МАМЕДЬЯРОВА

Редакционная коллегия

88

ПАМЯТИ МАБУТА СУЛЕЙМАН ОГЛЫ ИСАЕВА

Редакционная коллегия

88

ПРАВИЛА ОФОРМЛЕНИЯ РУКОПИСЕЙ, ПРЕДСТАВЛЯЕМЫХ ДЛЯ ПУБЛИКАЦИИ В  
"АЗЕРБАЙДЖАНСКОМ ЖУРНАЛЕ ОНКОЛОГИИ И СМЕЖНЫХ НАУК"

89