

равно бы пристрастились к сигарете, даже зная то, что знают сейчас.

Литература

1. Антонов, Н.С., Хроническая обструктивная болезнь легких у курильщиков: ранняя стадия // Н.С. Антонов, Г.М. Сахарова// Терапевтический архив. - 2009. - Т. 81 - № 3. - С. 82–84.
2. Пульмонология: национальное руководство/ Под ред. акад. РАМН А. Г. Чучалина. - М.: Геотар-Медиа, 2009. - С. 957.
3. Чучалин, А. Г., Сахарова Г. М., Новиков К. Ю. Комплексное лечение табачной зависимости и профилактика ХОБЛ, вызванной курением табака: методические рекомендации. А.Г. Чучалин, Г.М. Сахарова, К.Ю. Новиков. М., 2002. - С. 18.
4. Heuer C., Becker N. Smoking prevalence and lung cancer mortality in Germany // J. Epidemiol. Biostat. 1999. P. 45–52.
5. Smoking and the adolescent: an inquiry into motivation and knowledge of the effects of tobacco / N. Hastier, K. Quinque, a. S. Bonnel [et al.] // Rev Mal. Respir. 2006. P. 234.

АНАЛИЗ ПАЦИЕНТОВ С НЕЙРОЭНДОКРИННЫМИ ОПУХОЛЯМИ РАЗЛИЧНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ

Каравай А.В., Белоцкая А.Н., Минич Ю.В.

Гродненский государственный медицинский университет

Заболееваемость эндокринными опухолями относительно невелика и составляет 2-3 случая на 100 000 населения в год [1]. Часто это медленно растущие опухоли, формирующиеся из клеток диффузной эндокринной системы. Используется множество синонимов этих опухолей, например карциноидная опухоль, нейроэндокринная опухоль, эндокринная опухоль, АПУДома и опухоли из островковых клеток поджелудочной железы. Нейроэндокринные опухоли включают широкий спектр новообразований: карциноидные опухоли, различные панкреатические эндокринные опухоли, мелко- и крупноклеточные нейроэндокринные опухоли, медуллярный рак щитовидной железы, некоторые опухоли гипофиза, гломусные опухоли, феохромоцитому. По данным программы SEER (Surveillance, Epidemiology, and End Results Research), в период с 1973 по 2002 год и общего числа выявленных опухолей ($n = 3\,122\,042$) на нейроэндокринные опухоли приходится только 2,2% [2]. Согласно реестру программы SEER за тот же период, опухоли дыхательной системы составляют 65,59% от всех зарегистрированных нейроэндокринных опухолей, в то время как на опухоли пищеварительной системы приходится 17,18%. Нейроэндокринные опухоли лёгких включают в себя мелко- и крупноклеточные нейроэндокринные опухоли и карциноиды (как типичные, так и атипичные) Средний возраст пациентов на момент обнаружения мелкоклеточных карцином лёгких составляет 60 лет, и на них приходится 88,63% от общего числа всех нейроэндокринных опухолей лёгких. Данные опухоли имеют очень неблагоприятный прогноз [3]. Карциноидные опухоли бронхов составляют 1-5% от всех первичных опухолей легких и 1,1% от общего числа нейроэндокринных опухолей лёгких. Для типичных карцино-

идных опухолей характерен благоприятный прогноз [4]. Атипичные карциноидные опухоли считаются промежуточными по степени злокачественности с более неблагоприятным прогнозом [5]. На крупноклеточные опухоли легких приходится лишь 0,28% от общего числа всех нейроэндокринных опухолей легких, и характеризуются неблагоприятным прогнозом [6]. Карциноидные опухоли пищеварительной системы представляют собой редкие новообразования с изменчивыми и иногда слабо различимыми симптомами, которые зачастую принимаются за предвестники других заболеваний, включая менопаузу, аллергию, синдром раздраженной толстой кишки и астму. В связи с этим серьезно осложняется их раннее обнаружение и диагностика, а зачастую такие заболевания не выявляются или неверно диагностируются на протяжении многих лет [7]. Медленный рост карциноидных опухолей приводит к тому, что в основном они выявляются в возрасте 50-60 лет. К моменту установления диагноза примерно у 13% пациентов имеются отдаленные метастазы. Пятилетняя выживаемость при карциноиде составляет, в среднем, 50-67%.

Целью работы явился анализ пациентов с нейроэндокринными опухолями различной локализации среди населения Гродненской области.

По данным канцеррегистра Гродненского ООД, на момент выборки (2004-2014г.) на учете в ООД состояло 440 пациентов с установленным диагнозом нейроэндокринной опухоли, подтвержденной гистологически. Подавляющее большинство составил мелкоклеточный рак лёгкого (353 пациента), а карциноидные опухоли были выявлены у 87 пациентов.

Среди пациентов с мелкоклеточным раком лёгкого преобладали мужчины (94,9%) и лица проживающие в городской местности (57,8%). Возрастной состав больных на момент установления диагноза колебался от 29 до 87,4 лет, в среднем — 64,6 лет. Первичная опухоль локализовалась с одинаковой частотой, как в правом, так и в левом лёгком (48,8% и 50,2% соответственно). У 5 пациентов установлена медиастинальная форма рака лёгкого. Значительно чаще патологический процесс локализовался в верхней доле лёгких (45,9% случаев, в том числе с поражением верхнедолевых бронхов в 34,6% случаев). Поражение нижней доли отмечено в 20,4% случаев, а средней – 2,3% случаев. На момент установки диагноза мелкоклеточного рака лёгкого, пациенты по стадиям распределились следующим образом: I стадия составила 2,8%; II – 11,9 %; III – 51,8%; IV – 30,3%. На момент установления диагноза метастазы выявлены 154 пациентов. Чаще всего в метастатический процесс вовлекались лимфатические узлы средостения, парааортальные, надключичные лимфатические узлы (66,2% случаев). Метастазы в головной мозг

наблюдались в 7,1% случаев, в печень – 27,3%, в кости скелета – 26,6% и в 24,1% в лёгких. У 24 больных на момент выявления рака легких имелись другие злокачественные новообразования. Хирургическое лечение было проведено - 22 пациентам, химиотерапевтическое - 211, лучевое - 112, симптоматическое - 40. Специальное лечение, в силу выраженной сопутствующей патологии, наличия противопоказаний или отказа пациента, не проводилось у 28 больных. Средняя продолжительность жизни среди пациентов с мелкоклеточным раком лёгкого составила 8,4 месяцев: при I стадии — 21,18 мес., при II — 14,38 месяцев, при III — 8,98 месяцев и при IV — 5,9 месяцев.

По данным канцеррегистра Гродненского ООД на учете состояло 87 пациентов с карциноидной опухолью различной локализации. Средний возраст пациентов, на момент установления диагноза составил 60,34 года, среди которых преобладали лица женского пола (65%) и городские жители (72,41%). На момент взятия на учет I стадия опухолевого процесса была установлена у 20,69% больных, II — 31,03% пациентов, III — 12,64%, IV — 16,09% (в 17 наблюдениях стадия не установлена). У 10 больных на момент выявления карциноида имелись другие злокачественные новообразования. При оценке локализации карциноидных опухолей были получены результаты: желудок – 17,2%, тонкая кишка – 9,3%, толстая кишка: 28,7% (слепая кишка и аппендикс – 36,0%, восходящая ободочная кишка – 20,2%, поперечно-ободочная кишка – 31,9%, нисходящая ободочная кишка – 3,9%, сигмовидная кишка – 4,0%, прямая кишка – 4,0%), поджелудочная железа – 14,9%, легкие – 24,1%, редкая локализация – 5,8%. Метастазы выявлены в 20,7% случаев, из которых, в лимфоузлы средостения, брюшной полости, забрюшинного пространства – 50%, печень – 50%, кости скелета – 11,1%, головной мозг – 5,5%, легкие – 5,5%. Хирургическое лечение было проведено – 74 пациентам, химиотерапевтическое – 2, симптоматическое – 3. Послеоперационная химиотерапия проведена 14,9%, лучевая терапия – 2,7% больных. Специальное лечение, в силу выраженной сопутствующей патологии или отказа пациента, не проводилось у 6 больных. Средняя продолжительность жизни больных в исследуемой группе составила 24,12 месяца, причем при I стадии 41,44 месяц, при II, III, IV — 33,08 месяца, 49,45 месяцев и 21,86 месяц соответственно.

Таким образом, среди нейроэндокринных опухолей преобладает мелкоклеточный рак лёгкого, карциноид является редким злокачественным новообразованием, выявление которого на ранних стадиях проблематично. Наиболее частой локализацией нейроэндокринных опухолей являются легкие и толстый кишечник.

Литература

1. Hemminki, K. 2001 Incidence trends and risk factors of carcinoid tumors. A nationwide epidemiologic study from Sweden / K. Hemminki, X. Li. - Cancer, 2001. - P. 2204-2210.
2. Surveillance, Epidemiology, and End Results (SEER) Program 2005 Publicuse Data (1973-2002). National Cancer Institute, DCCPS, Surveillance Research Program, Cancer Statistics Branch. National Cancer Institute, Bethesda, MD. (Released April 2005, based on the November 2004 submission.)
3. Long-term survival in small cell lung cancer: posttreatment characteristics in patients surviving 5 to 18+ years - an analysis of 1,714 consecutive patients / U. Lassen [et al]. - J Clin Oncol, 1995. - 13, 1215 p.
4. Thomas, C. Typical and atypical pulmonary carcinoids: outcome in patients presenting with regional lymph node involvement / C. Thomas, H. Tazelaar, J. Jett. - Chest, 2001. - 119. - P. 1143-1150.
5. Travis, W. Survival analysis of 200 pulmonary neuroendocrine tumors with clarification of criteria for atypical carcinoid and its separation from typical carcinoid / W. Travis, W. Rush, D. Flieder. - Am J Surg Pathol, 1998. - 22. - P. 934-944 pp.
6. Okby, N. Large cell neuroendocrine carcinoma: a clinicopathologic study of 76 cases / N. Okby, D. Flieder, W. Rush. - Mod Pathol, 1998. - 11, 178A p.
7. Current status of gastrointestinal carcinoids / I.M. Modlin [et al]. - Gastroenterology, 2005. - 128. - P. 1717-1751.

ВАРИАНТ ОЦЕНКИ ОСТАТОЧНОГО КРОВΟΣНАБЖЕНИЯ ПРИ ПЕРЕЛОМАХ ШЕЙКИ БЕДРЕННОЙ КОСТИ

Карев Д.Б.

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

Актуальность. Неоспоримой является тактика раннего хирургического лечения пациентов трудоспособного возраста и в последние годы отмечается тенденция выполнения остеосинтеза по экстренным показаниям(1,2).

Причиной «местных» осложнений (несращение перелома, аваскулярный некроз головки), большинство авторов считают нарушение кровоснабжения проксимального фрагмента бедренной кости, в связи с чем считают целесообразным определение его перед выполнением оперативных вмешательств(3).

Общепризнанным методом оценки «жизнеспособности - степени оксигенации тканей» является сравнительный анализ смешанной венозной и артериальной крови. Интегральным показателем для такого исследования является артериовенозная разница по O_2 $D(a-v)O_2$ (4,5).

Цель. Разработать методику оценки остаточного кровоснабжения проксимального фрагмента бедренной кости при переломах её шейки и дифференцированный подход к оперативному лечению, путем исследования артериовенозной разницы по O_2 и оценки отдаленных клинико-рентгенологических результатов оперативного лечения.

Материал и методы. Суть предлагаемого способа заключается в пункции головки бедра для забора венозной крови, оттекающей от неё, с последующей оценкой показателей кислородного статуса