

ся от 19 до 56 лет. Чаще заболевали лица мужского пола (67,2 %) трудоспособного возраста. Профессиональный характер заболевания установлен в 61,8 %, бытовой в 15,7 %, алиментарный – в 22,5 % случаев.

У больных острым бруцеллезом преобладало среднетяжелое течение (86,1 %). Доминировали жалобы на летучие боли в суставах, мышцах, потливость, ознобы. Температура повышалась у 75 % больных, у половины из них она не была выше 38⁰ С. Длительность лихорадки у 81,4 % больных не превышала одного месяца. В 18,6 % случаев болезнь протекала при нормальной температуре. Признаки эндовакулита выявлены в 85,0 % случаев. У 20,9 % больных острым бруцеллезом выявлены признаки миокардиодистрофии. Полимикроденит выявлен у 81,4 % больных. Гепатомегалия наблюдалась в 79,1 % случаев, спленомегалия в 29,7 %. У 48,8 % больных выявлены изменения в периферической нервной системе в виде полинейропатии. Преобладали реактивные артриты – 39,9 %. У 3 (6,9 %) больных была клиника острого орхита.

У 87 больных хроническим бруцеллезом стадия компенсации наблюдалась в 6,9 %, субкомпенсации в 80,5 %, декомпенсации в 11,5 % случаев. Жалобы больных отличались многообразием. Преобладающими были жалобы на боли в суставах (90,8 %), потливость (70,1 %), выраженную слабость (82,8 %), головную боль (62,1 %). Полимикроденит наблюдался в 64,4 %, явления эндовакулита в 83,9 %, миокардиодистрофия – в 47,1 % случаев. Гепатоспленомегалия наблюдалась в 56,1 %. Артрозо-артриты выявлены в 73,6 %, синовиты в 33,3 %, бурситы – 9,2 % случаев. Поражения урогенитальной системы характеризовались нарушениями менструальной функции (10,3 %), метроррагиями (3,4 %), снижением потенции у мужчин (12,8 %).

Таким образом, течение бруцеллеза сохраняет свои характерные признаки, описанные в период эпидемиологического неблагополучия (середина и конец XX века). Однако намечается тенденция к более мягкому клиническому течению болезни, преобладанию компенсированных и субкомпенсированных форм хронического бруцеллеза. Полиморфность клинических проявлений, более легкое течение острого периода болезни, отсутствие настороженности практических врачей в отношении бруцеллеза приводит к поздней диагностике болезни. Следствием этого является хронизация процесса и формирование полиорганных поражений.

Работа представлена на научную V Всероссийскую конференцию «Гомеостаз и инфекционный процесс» (г. Кисловодск, 19-21 апреля, 2004 г.)

**ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ
ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫЕ ОПУХОЛИ
ВЛАГАЛИЩА У БОЛЬНЫХ
РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА**

Приходько Е.В.

НИИ КО ГУ им. Н.Н. Блохина РАМН, Москва

Первичный рак влагалища (РВл) является сравнительно редкой патологией среди онкогинекологиче-

ских заболеваний и составляет 1-3% от всех больных злокачественными новообразованиями гениталий .

Возраст больных первичным РВл варьирует от 17 до 85 лет и имеет пик заболеваемости в возрастной декаде 60-70 лет. Данный диапазон возрастных показателей обусловлен различными патогенетическими моментами, предшествующими развитию заболевания, а так же особенностями клинического течения различных гистологических форм РВл. Нами представлен уникальный клинический материал, выявивший сочетание РВл и беременности. По суммарным мировым данным, за последние 100 лет ,отмечено лишь 26 случаев данного сочетания.

Задача исследования: определить особенности клинического течения РВл у больных репродуктивного возраста и выявить влияние беременности на течение РВл.

Материалы и методы: В исследования были включены больные РВл проходившие лечение на базе РОНЦ РАМН за период 12 лет(1990-2001г.г.). Общее их количество составило 74 чел., **больных репродуктивного возраста-20(27%)**. Сочетание беременности и РВл определялось за период с 1970-2001 г.г.(3 больных).

Результаты исследования: наибольшее количество больных(п-20 больных) с данной патологией приходится на возраст 41-44г.-8(40%), но равно встречается практически в каждой из возрастных групп:16-20-1(5%), 21-25-2(10%), 26-30-2(10%), 31-35-2(10%), 36-40-4(20%). Из 20 больных , 2 пребывали в менопаузе более 1 года. У остальных менструальная функция не была нарушена. Большая половина больных имела указание на хроническую патологию секреторно-выделительных систем (МКБ, Хр. панкреатит, Хр. холецистит, Хр. гастрит). Нарушений фертильности у 16 больных не выявлено и не отмечено каких-либо их особенностей(1-2 родов-10(50%), 1-2 м/аборта-8(40%)), 2 больные искусственно сдерживали наступление родов и 2 –имели четкую связь начала заболевания с непосредственным фактом беременности. У этих же больных среднее количество беременностей превышало 7 и более. У 1-ой больной-ч\з 5 мес после проведения м\аборта отмечается появление контактных кровянистых выделений из половых путей. Вторая обратилась с наличием беременности в поликлинические службы. В 50% случаев опухолевый процесс располагался в В\З влагалища и в большинстве случаев был представлен плоскоклеточным раком без ороговения 10 (50%). с ороговением 6 (30%), мезонефرويدной аденокарциномой-1 (5%), мелано-мой-1 (5%), саркомой-2 (10%). В нашем наблюдении не было выявлено больных с начальными стадиями опухолевого распространения: T2NxM0(II ст.) - 7(35%), T1-3N1-2M0-1(III- IV)-10(50%), 1 больные с меланомой влагалища имела – IV степень инвазии по Кларку.

Выводы: несмотря на редкость патологии ЗОВл, заболевание проявляет себя крайне редко в начальных стадиях опухолевого распространения, диагностируется в 50 % в III- IV ст., а дополнительно влияющие агенты, такие как частые микротравмы во время не-

посредственных абортотв и родов сокращают время латентно протекающего заболевания.

Работа представлена на III научную Общероссийскую конференцию «Проблемы морфологии» (г. Кисловодск, 19-21 апреля, 2004 г.)

ОСОБЕННОСТИ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ОНКОГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ У БОЛЬНЫХ РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА

Приходько Е.В.

НИИ КО ГУ им. Н.Н. Блохина РАМН, Москва

В последнее десятилетие, вызывает определенное беспокойство проблема относительного увеличения частоты заболеваемости онкогинекологической патологией в возрастной группе женщин фертильного возраста. Структура заболеваемости онкогинекологической патологией у молодых больных существенно отличается от общепопуляционных тенденций.

Заболеваемость РШМ у больных фертильного возраста, занимает лидирующее место среди всей патологии репродуктивной системы. В России за период с 1980-1995 гг. в возрастной группе до 29 лет заболеваемость увеличилась с 0,7 ‰ до 1 ‰, а темп ежегодного прироста - положительный и наивысший (2,1%). Во всех же других возрастных группах темп прироста имеет отрицательное значение, за счет этого и создается мнение о тенденции снижения заболеваемости РШМ в общей женской популяции. В 1999 г. ее значения в группе женщин с 20-24 лет составили -2,0 ‰, а уже в группе 40-44 лет -23,9 ‰ (Ременник, 1996, Трапезников Н.Н. и др., 2001). По данным Е.В. Бахидзе с соавтор. (2000), заметный скачок заболеваемости РШМ произошел с 1996 по 1997 гг. среди женщин от 15 до 30 лет с 1,1% до 4,7% и возрастной группе от 30 до 40 лет с 10,0% до 14,9%. При этом резко возросло число больных с «запущенными» формами РШМ (III-IV стадий) с 17,4 и 7,3 в 1986г. до 32,0 и 15,3 в 1997 г., соответственно.

РЯ по частоте распространения занимает второе место после РШМ у больных репродуктивного возраста. Отмечен рост заболеваемости в скандинавских странах: в Швеции в возрасте 40-44 лет -14,9 ‰. В России уровень несколько ниже и составляет -13,7 ‰ и 3,2 ‰ (Швеция), 3,4 ‰ (Россия) в возрастной группе 15-39 лет (Трапезников Н.Н. и др., 2001; Nelson I. et al., 1999). Отличительной чертой опухолей яичников у лиц молодого возраста является частое выявление новообразований в ранних стадиях (I-II). Исследования проведенные Е.Т. Антошечкиной (1992) установили, что наибольший процент I стадии (86%) отмечен при опухолях стромы полового тяжа, несколько реже - при эпителиальных опухолях (63,5%). Это несравненно выше, чем при раке яичников у женщин среднего и пожилого возраста. Другим характерным отличием является редкое поражение второго яичника при неэпителиальных новообразованиях (3-15%). Исключение составляют эпителиальные опухоли, при которых поражение второго яичника выявлено в 36,2%.

По данным различных авторов, среди женщин моложе 40 лет аденокарцинома эндометрия составля-

ет от 3 до 5%. За последнее десятилетие отмечено увеличение числа больных молодого возраста, а так же «омоложение» рака данной возрастной группы. Повозрастная заболеваемость РТМ в группе больных 40-45 лет невелика (10,0 ‰), в отличие от максимального значения у лиц 60-64 лет (57,7 ‰). За период 1989-1998 гг. заболеваемость РЭ в возрастной группе до 29 лет увеличилась на 47%, в группе 40-49 лет на 22% и от 50 до 59 лет - на 28%. При клинико-морфологических сопоставлениях обнаружено, что у больных РЭ репродуктивного возраста значительно чаще отмечались небольшие размеры (от 0,5 до 2 см) и минимальная (менее 0,5 см) инвазия опухоли, а также преобладание высоко- и умеренно дифференцированных аденокарцином, с большей гормоночувствительностью.

Таким образом, утверждение об более агрессивном течении онкогинекологического рака у больных репродуктивного возраста не имеет существенных оснований, а особенности течения болезни определены ее гистологическим разнообразием и ее распространенностью.

Работа представлена на III научную Общероссийскую конференцию «Проблемы морфологии» (г. Кисловодск, 19-21 апреля, 2004 г.)

ДОЗАЗВИСИМОСТЬ КЛЕТЧНОГО ОТВЕТА ФАГОЦИТОВ НА ДЕЙСТВИЕ ОБЩЕЙ МАГНИТОТЕРАПИИ ПРИ ОСТЕОХОНДРОЗЕ

Спиридонова М.С., Лесовская М.И., *Ишутин И.С., *Кротова Т.К., **Макарская Г.В., **Тарских С.В.

*Красноярский государственный педагогический университет, *Красноярская краевая больница №1, **КНЦ СО РАН, Красноярск*

Существуют многочисленные подтверждения эффективности воздействия магнитных полей при лечении, реабилитации и вторичной профилактике заболеваний. Вместе с тем остается актуальной проблема индивидуального подбора адекватной терапевтической дозы и методов мониторинга эффективности лечения. С этой целью в течение курса общей магнитотерапии (ОМТ) исследовали динамику количественного содержания и функциональной активности фагоцитов у 91 пациента (56 женщин, 35 мужчин) с остеохондрозом Красноярской краевой клинической больницы.

Физиотерапия проводилась вращающим магнитным полем (МП) с использованием аппарата общего воздействия «Магнитотурботрон-2» (Сибцветметавтоматика, Красноярск). Частота МП составляла 100 Гц, плотность магнитного потока 1 мТл и 0,5 мТл. Курс терапии включал 10 ежедневных 20 минутных процедур. Количество лейкоцитов и профагоцитированных клеток в пробах периферической капиллярной крови (100 мкл) подсчитывали в камере Горяева. Функциональную активность фагоцитов оценивали по хемилуминесцентной реакции (ХЛР) цельной крови на РС-управляемом 36-канальном хемилуминометре «CL-3604».