

основной группе, и $7,64 \pm 0,16$ в контрольной группе.

На основании полученных результатов можно сделать вывод, что включение в комплекс перинатальной подготовки беременных с гестозом и анемией препарата железа «Сорбифер Дурулес» позволяет восстановить феррокинетические показатели, уменьшить частоту оперативного родоразрешения на 14,9%, аномалий родовой деятельности - на 20,8%, процент развития ЗВРП - на 12,4%.

КЛИНИЧЕСКИЕ И МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ АДЕНОКАРЦИНОМЫ ПИЩЕВОДА

Вахлюева О.Г.

*Военно-медицинский институт
Саратов, Россия*

Последние два десятилетия характеризуются неуклонным ростом частоты аденокарциномы пищевода, которая достигает 50% от числа всех больных со злокачественными заболеваниями этого органа, что связывают с увеличением роста числа пациентов с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью и ее осложнением - пищеводом Барретта.

Цель исследования: определить клинико-эндоскопические и морфологические особенности аденокарциномы нижней грудной части пищевода (АКП).

Материалы и методы Обследованы 43 пациента с АКП, средний возраст которых составил $62,30 \pm 0,74$ года. Для верификации пищевода Барретта, дисплазии или аденокарциномы пищевода взятие биопсийного материала осуществляли по 4-квadrантному методу. Для гистологических исследований применяли окраску гематоксидин-эозином.

Результаты Подтверждено, что патогномичные симптомы опухоли нижней трети пищевода отсутствуют. Наиболее типичны для АКП - возраст старше 50 лет, стойкая дисфагия, и ее короткий анамнез. Изжога или преходящая боль за грудиной существовали у 62,8% пациентов от 5 до 17 лет, в среднем - $9,85 \pm 0,43$ лет, что подчеркивает связь гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ) с АКП. Важно отметить, что у 37,2% пациентов АКП развивается без предшествующего анамнеза ГЭРБ, что затрудняет проведение скрининга аденокарциномы пищевода на ранних стадиях развития. Среди обследованных больных - 44,2% пациентов с начальными стадиями заболевания $T_{1-2}N_0M_0$, 55,8% - с метастатическими стадиями аденокарциномы пищевода $T_{3-4}N_2M_1$. При эндоскопическом и рентгенологическом исследованиях установлено, что у 36 83,7% пациентов опухоли имела экзофитный рост. АКП у 18,6% пациентов была классифицирована как полипозная, у 16,3% - плоская, у

48,8% обнаружен узловой рак (грибовидный, по типу «цветной капусты»). У 55,8% больных поверхность опухоли была эрозивной. У 7 16,3% больных выявлены эндофитно растущие опухоли, которые при эндоскопическом исследовании определялись как участки циркулярного сужения нижней трети пищевода. Пищевод Барретта был выявлен у всех пациентов эндоскопически, а также в биоптатах, смежных с опухолевой тканью, или резекционных препаратах аденокарциномы. В 46,5% случаев при эндоскопическом исследовании наблюдался длинный сегмент (3-8 см) пищевода Барретта. У 18,6% больных при эндоскопическом исследовании был верифицирован короткий сегмент пищевода Барретта, когда метаплазированный эпителий распространялся на 1-2,5 см выше места перехода пищевода в желудок. У 34,9% больных наблюдались только микроскопические признаки пищевода Барретта, причем фрагменты специализированного цилиндрического эпителия были обнаружены в пищеводе на границе опухоли. Дисплазия эпителия Барретта выявлена у 86% пациентов с АКП. При отсутствии дисплазии эпителия в слизистой оболочке пищевода отмечены гиперпластические изменения, что свидетельствовало об усилении пролиферативных процессов в слизистой оболочке. Среди аденокарцином на фоне пищевода Барретта по гистологическому строению преобладали высоко и умеренно дифференцированные формы рака (81,4%), в большинстве случаев в биоптатах, смежных с опухолевой тканью, выявлена дисплазия эпителия Барретта, что подтверждает, что канцерогенез проходит по пути «метаплазия-дисплазия-аденокарцинома».

Выводы Представлена клинико-эндоскопическая и морфологическая характеристика аденокарциномы пищевода, подтверждена ее тесная связь с пищеводом Барретта.

ОЦЕНКА ВЗАИМОСВЯЗИ ТУБУЛО-ИНТЕРСТИЦИАЛЬНЫХ ПОРАЖЕНИЙ ПОЧЕК У БОЛЬНЫХ ОСТЕОАРТРОЗОМ С ДЛИТЕЛЬНОСТЬЮ ЗАБОЛЕВАНИЯ И ПРИЕМОМ НЕСТЕРОИДНЫХ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ СРЕДСТВ

Запрягаева А.В., Марасаев В.В.

*Государственная медицинская академия
Ярославль, Россия*

Цель: Оценка тубуло-интерстициальных поражений почек у больных остеоартрозом (ОА) в зависимости от длительности заболевания, индекса массы тела и приема нестероидных противовоспалительных средств (НПВС).

Материалы и методы: Обследовано 100 больных ОА. Средний возраст $55 \pm 0,5$, средняя длительность болезни $10 \pm 0,62$, индекс массы тела $33 \pm 0,32$, преимущественно женщины 88,5%. Преобладали больные с полиостеоартрозом (91%).

Для выявления нарушений концентрационной функции почек оценивали коэффициент соотношения дневного и ночного диуреза (данные пробы мочи по Зимницкому) и данные ультразвукового исследования (УЗИ) почек. Критерием исключения являлась любая патология почек, критерием патологии считали изменения размеров паренхимы более 17 мм. Больные были разделены на 3 группы в зависимости от длительности приема НПВС: 1 группа - редко принимающие НПВС (16 %), 2 группа - периодически принимающие НПВС (56%), 3 группа - постоянный прием НПВС (28%). Стандарт приема НПВС - из расчета 150 миллиграмм диклофенака в сутки.

Результаты: Увеличение паренхимы >17 мм определяется у 35% обследованных больных, коэффициент диуреза составил 0,79, то есть преобладал ночной диурез, что говорит о признаках никтурии. Выявлена статистически значимая корреляционная связь длительности и постоянства приема НПВС во 2 и 3 группах (больные, периодически и постоянно принимающие НПВС) и коэффициента диуреза ($p < 0,05$) и положительная - с размером паренхимы ($r = +0,32$). У больных 1 группы статистически значимой связи частоты приема НПВС, размера паренхимы и коэффициента диуреза не получено. Учитывая, что ИМТ составил $33 \pm 0,32$, что соответствует ожирению I степени, которое рассматривается как фактор риска при ОА, была выявлена умеренно отрицательная корреляционная связь между ИМТ и размером паренхимы ($r = -0,31$). В исследовании отмечалась сильная отрицательная корреляция длительности болезни и коэффициента диуреза ($r = -0,73$).

Заключение: Таким образом, учитывая периодичность приема НПВС, а также, сильную корреляционную связь коэффициента диуреза и длительности болезни можно предположить, что эти факторы влияют на выраженность тубуло-интерстициальных поражений почек у больных ОА, что можно связать, в первую очередь, как с самим заболеванием, так и с лекарственным воздействием НПВС.

**КЛИНИКО-ИНСТРУМЕНТАЛЬНАЯ
ОЦЕНКА ВЗАИМОСВЯЗИ ТУБУЛО-
ИНТЕРСТИЦИАЛЬНЫХ ПОРАЖЕНИЙ
ПОЧЕК, ВОЗРАСТА, ДЛИТЕЛЬНОСТИ
БОЛЕЗНИ И НАЛИЧИЯ ОЖИРЕНИЯ У
БОЛЬНЫХ ОСТЕОАРТРОЗОМ**

Запрягаева А.В., Марасаев В.В.
Государственная медицинская академия
Ярославль, Россия

Цель: Оценить тубуло-интерстициальные поражения почек у больных остеоартрозом (ОА) в зависимости от возраста, длительности заболевания и индекса массы тела (ИМТ).

Материалы и методы: Обследовано 98 больных ОА. Средний возраст $55,4 \pm 0,63$ года, средняя длительность болезни $9,4 \pm 0,6$, преимущественно женщины (88,4%) с ИМТ $33 \pm 0,26$, что соответствует I степени ожирения (как фактора риска при ОА). Использовали ультразвуковое исследование (УЗИ) почек с оценкой эхогенности и размеров паренхимы. Критерием патологии считали изменения эхогенности и размером паренхимы (более 17 мм). Оценивали коэффициент соотношения дневного и ночного диуреза по показателям анализа мочи по Зимницкому и скорость клубочковой фильтрации (СКФ) по формуле Кокрафта-Голда (критерий отбора - СКФ менее 70 мл/мин.). Кроме этого, подвергали анализу два клинических показателя: длительность болезни и ИМТ.

Результаты: Увеличение размеров паренхимы почек у больных ОА было выявлено в 28% случаев, в 10% выявили гипозхогенность паренхимы, СКФ составляла $67,8 \pm 0,7$. При этом отмечается наличие достаточно сильной отрицательной корреляционной связи между ИМТ и СКФ ($r = -0,52$); СКФ и возрастом больных ($r = -0,53$); СКФ и размером паренхимы ($r = -0,6$, $p = 0,008$); СКФ и гипозхогенностью паренхимы почек ($r = -0,57$, $p = 0,017$).

Выводы: Таким образом, можно предположить, что при ОА имеет место поражение почек. Учитывая размер паренхимы, вероятно тубуло-интерстициальное. Наличие гипозхогенности паренхимы, а также снижение СКФ может говорить об остром процессе.

**КОМПОНЕНТЫ ДИФFUЗНОЙ
НЕЙРОЭНДОКРИННОЙ СИСТЕМЫ
ЖЕЛУДКА ПРИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ
ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ
У ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА**

Исламова Е.А.
Военно-медицинский институт
Саратов, Россия

Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки является одним из наиболее распространенных заболеваний пищеварительной системы и остается актуальной проблемой внутренней медицины. Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки не является редким заболеванием у лиц пожилого и старческого возраста, пациенты старше 60 лет составляют около 10% среди всех больных язвенной болезнью [Ивашкин В.Т., Шептулин А.А., 2006]. Развитие эрозивно-язвенных поражение желудка и двенадцатиперстной кишки в настоящее время связывают с дискоординацией нейрогуморальных механизмов регуляции. Представляет интерес изучение эндотелина-1, принимающего участие в регуляции секреции, микроциркуляции, двигательной ак-