эндометрия увеличилась на 55%, рак эндометрия занимает в настоящее время первое место среди злокачественных опухолей женской половой сферы (Трапезников Н.Н., Аксель Е.М., 1997; Харитонова Т.В., 2000).

В странах со средним и низким жизненным уровнем смертность от онкологических заболеваний составляет около 10% общей смертности и имеет отчетливую тенденцию роста на протяжении XX века. По данным ВОЗ (1998) более 57,2 млн. человек во всем мире страдают неопластическими заболеваниями. Среди женщин, страдающими онкозаболеваниями, наибольший процент приходится на рак молочной железы, а затем соответственно следуют рак желудка, колоректальный рак и рак легких., рак эндометрия и шейки матки, рак яичника. (Бохман Я.В., 1989; Бернштейн Л.М., 2000). В последние годы отмечено значительное увеличение заболеваемости раком тела матки и зачастую неблагоприятный прогноз при этой патологии . По данным Я.В.Бохмана (1989), 5-летняя выживаемость больных раком эндометрия составляет лишь 67,7%.

В связи с щирокой вариабельностью данных онкоэпидемиологии по различным странам, а также ухудшением экологической ситуации во всем мире и в Саратовском регионе в частности представляло определенный интерес проанализировать частоту встречаемости онкогинекологического рака в Саратовском регионе и сопоставить ее с приведенными данными.

Следует отметить, что в анализируемый период времени возросло число онкологических больных в Саратовском регионе с 9150 человек до 9503 человек, в том числе онкогинекологических больных с 705 до 784 человек.

Заболеваемость раком эндометрия в Саратовском регилне составила в 2000 году 22,8 на 1000000человек, что значительно превышает аналогичный показатель в таких странах, как Англия, Финляндия, Япония.

Таблица 1. Статистические данные онкоэпидемиологии по Саратовскому региону (1996-2000гг) (по материалам областного онкодиспансера).

	1996	1997	1998	1999	2000
Взято на учет больных раком эндометрия	332	313	358	359	332
I-II стадии (чел.)	250	229	257	317	245
III стадии (чел.)	70	55	72	15	68
IV стадии (чел)	12	29	29	27	19
Заболеваемость раком эндометрия (человек)	22,4	21,5	24,6	24,7	22,8
Смертность (человек)	11,5	9,7	9,5	11,7	11,5
Общее число онкологических больных	9150	9237	9565	9616	9503
Общее число онкогинекологических больны	705	745	824	811	784

Выявление больных раком эндометрия I-II стадии осталось на прежнем уровне, в то время как количество больных с впервые выявленной IV стадией рака эндометрия изменялось волнообразно год от года и остается достаточно высоким в настоящее время, что требует проведения комплекса мероприятий в целях профилактики развития рака эндометрия и выявления этой патологии на начальных стадиях.

Микроциркуляторные нарушения при гестозе: клинико-морфологическая характеристика

Салов И.А., Глухова Т.Н., Чеснокова Н.П., Микульская Е.Г.,Хижнякова О.Н.
Саратовский государственный медицинский университет, Саратов

Цель исследования – оценка состояния микроциркуляции (МЦ) у беременных с гестозом при помощи метода лазерной допплеровской флуометрии (ЛДФ) и сопоставление полученных данных с морфологическими изменениями в плаценте.

Проведено обследование 33 беременных с гестозом различной степени тяжести. Контрольую группу составили 15 здоровых беременных в те же

сроки гестации – 36-40 недель. Беременные с гестозом были разделены на 2 группы. В I группу вошли 15 беременных с легким течением гестоза (оценка по шкале Goecke – 1-3 балла). При оценке состояния МЦ методом ЛДФ, проведении функциональных проб (проба с задержкой дыхания, проба с нифедипином, постуральная проба) изменения уровня базального кровотока (БК) у больных этой группы выявлено не было, что позволило сделать заключение об отсутствии спазма сосудов микроциркуляторного русла у беременных с легким течением гестоза.

II группу составили 18 беременных с гестозом средней степени тяжести (оценка по шкале Goecke – 4-5 баллов). У беременных этой группы при оценке состояния МЦ наиболее существенные изменения были обнаружены при проведении функциональных проб. Так, при проведении пробы с нифедипином было выявлено увеличение БК в 1,5-2 раза, что подтверждало наличие исходного спазма артериол. При проведении дыхательной пробы (задержка дыхания на высоте вдоха) отмечено уменьшение уровня БК в 2-3 раза (в норме снижение БК не более 50% от исходного). Увеличение кровотока у беременных данной группы во время проведения постишемической пробы составляло в среднем 500% (в норме не более 300%), что свидетельствует об увеличении функционального резерва микроциркуляции и наблюдается при наличии спазма приносящих микрососудов.

При последующем гистологическом исследовании плацент у беременных I группы было обнаружено увеличение размеров стволовых, якорных и концевых ворсин за счет отека их стромы, при этом форма ворсин становилась фестончатой. Сосуды микроциркуляторного русла были сдавлены вплоть до полного запустевания как за счет отека стромы ворсин, так и за счет отека стенок сосудов. .В некоторых случаях на фоне отека в строме ворсин возникали мелкие кровоизлияния. Межворсинчатое пространство было сужено.

Гистологическое исследование ворсин плацент женщин II группы выявило явления ангиоматоза, особенно в якорных и концевых ворсинах, что сочеталось со склерозированием не только стенок самих кровеносных сосудов, но и стромы ворсин, при этом картина склероза доминировала над ангиоматозом. На фоне выраженного склерозирования ворсин наблюдалось расширение межворсинчатого пространства, в котором выявлялись нити фибрина, а также элементы десквамированного хориального эпителия. Кроме того, в некоторых ворсинах обнаруживался тромбоз сосудов, а в отдельных ворсинах кровоизлияния, которые локализовались как в строме, так и в межворсинчатом пространстве. На фоне выявленных изменений отмечалось склеивание отдельных ворсин в конгломераты. Следует подчеркнуть, что в данной группе отмечалось сочетание компенсаторно-приспособительных процессов, направленных на оптимизацию микроциркуляции, и процессов дегенеративного характера.

Таким образом, при сопоставлении данных функциональных и морфологических методов обследования можно сделать вывод, что наиболее рано изменения сосудов зоны микроциркуляции возникают именно в плаценте (еще при отсутствии существенных изменений микроциркуляторного русла беременной). Эти изменения в плаценте имеют место уже при легком течении гестоза. В то же время при среднетяжелом течении гестоза выраженные изменения микроциркуляторного русла обнаружены как в плаценте, так и сосудистой системе беременной.

Коррекция нарушений иммунного и оксидантного статуса у больных с папилломавирусной инфекцией гениталий

Сергеева С.Л., Конопля А.И., Лазарева Г.А.
Курский государственный медицинский университет, Курск

Целью работы было изучение состояния нарушений иммунного статуса у больных с папилломавирусной инфекцией гениталий.

Под наблюдением находилось 35 женщин с папилломавирусной инфекцией гениталий (ПВИГ) в возрасте 23-40 лет, группа контроля состояла из 14 здоровых женщин в том же возрасте. Диагноз устанавливали на основании проведения полимеразной цепной реакции с нуклеотидными последовательностями генома папилломавирусов 16 и 18 типов. В крови и вагинально-цервикальном секрете определены некоторые показатели системного и местного иммунитета. Все пациентки с ПВИГ были разделены на три группы. Больным первой группы проводили базовую терапию (циклоферон, свечи «Виферон»). Пациентки второй группы к базовому лечению получали гроприносил в сочетании с магнито-лазерным облучением. Больные ПВИГ, кроме основного лечения, получали деринат и диквертин.