

R. Mechmeche [et al.] // Arch. Cardiovasc. Dis. - 2012. - Vol. 105, № 11. - P. 566-577.

14. Presenting symptoms of myocardial infarction predict short- and long-term mortality: The MONICA/KORA Myocardial Infarction Registry / I. Kirchberger, M. Heier, B. Kuch [et al.] // Am. Heart J. - 2012 - Vol. 164, № 6. - P. 856-861.

15. Tang E.W. Global Registry of Acute Coronary Events (GRACE) hospital discharge risk score accurately predicts long-term mortality post acute coronary syndrome / E.W. Tang, C.K. Wong, P. Herbison // Am. Heart J. - 2007. - Vol. 153, № 1. - P. 29-35.

Тацук В.К., Илацук Т.А., Турубарова-Леунова Н.А., Илацук И.И.

Возрастные и гендерные особенности пациентов, перенесших острый инфаркт миокарда осложненный острой левожелудочковой недостаточностью в условиях создания регистров малых городов Украины

Буковинский государственный медицинский университет (Черновцы)

Резюме. В условиях создания регистра малых городов Украины обследовано 368 больных острым инфарктом миокарда (ОИМ), осложненным острой левожелудочковой недостаточностью (ОЛЖН) с целью изучения ранних маркеров развития и прогрессирования сердечной недостаточности (СН). Все пациенты наблюдались первые 28 суток пребывания в стационаре и в течение 1-го года постгоспитального амбулаторного этапа.

Регистрировались все первичные и вторичные конечные точки (смерть пациента, рецидив и повторный ОИМ) в течение 1 года с момента возникновения ОИМ, осложненного ОЛЖН с учетом гендерных и возрастных особенностей данной категории больных.

Анализ группы госпитальной летальности показал, что среди умерших пациентов преобладали мужчины (72,34% против 27,66% женщин). Согласно полученным данным, умершие пациенты были в среднем на 9 лет старше от пациентов с благоприятным исходом заболевания. ($P < 0,001$).

Анализ клинической картины через 1 год наблюдения за пациентами, перенесшими ОИМ, осложненный различными классами ОЛЖН, показал, что гендерное распределение в группе с признаками СН I класса по NYHA был следующий: 68,42% мужчин и 31,58% женщин, в группе СН II класса и выше соответственно 69,27% и 30,73%.

Таким образом, полученные результаты свидетельствуют о том, что мужской пол и старший возраст являются независимыми предикторами в возникновении и прогрессировании СН в постинфарктном периоде.

Ключевые слова: инфаркт миокарда, острая левожелудочковая недостаточность, госпитальная летальность.

V.K. Tashchuk, T.O. Ilashchuk, N.A. Turubarova-Leunova, I.I. Ilashchuk

Age and Gender Peculiarities of the Patients with Acute Myocardial Infarction Complicated by Acute Left Ventricle Failure Under the Conditions of Creating the Register of Ukrainian Small Towns

Bukovinian State Medical University (Chernivtsi)

Summary: Under the conditions of creating the register of Ukrainian small towns there have been examined 368 patients with acute myocardial infarction (AMI) complicated by acute left ventricular heart failure (ALVHF) with the purpose of studying early markers of the heart failure (HF) development and progressing. All the patients were observed during the first 28 days after having been hospitalized and during 1 year of the postinfarction period. All the primary and secondary endpoints (death of patient, recurrence and secondary myocardial infarction) within 1 year after AMI complicated by acute HF in depends from age and gender features were recorded.

Gender and age analysis of hospital mortality showed that among patients with lethal outcome prevailed males (72,34% male and 27,66% female). According to the results, patients with lethal outcome were 9 years older than patients with a favorable exit condition ($P < 0,001$).

Clinical analysis of 1 year observation period of the patients with different classes of ALVHF showed that gender distribution in the group with symptoms of HF according NYHA class I were following: 68,42% male and 31,58% female: in the group of class II of HF and higher - 69,27% and 30,73%.

The results show that male and older age are independent predictors of the onset and progression of HF in the postinfarction period.

Keywords: myocardial infarction, acute left ventricle heart failure, hospital mortality.

Надійшла 27.05.2013 року.

УДК: 616.351-006-022-089

Терен Г.І.

Лікувальний патоморфоз, індукований неoad'ювантною хіміопроменевою терапією у хворих на резектабельний рак ободової кишки

Курс онкології (зав. курсом - доц. Крижанівська А.Є.) Івано-Франківського національного медичного університету

Резюме. Метою дослідження було вивчення ефективності внутрішньовенного введення 5-фторурацилу і одночасного опромінення пухлини великими по 5 Гр фракціями в неoad'ювантному режимі дистанційної гама-терапії у хворих на резектабельний рак ободової кишки за результатами оцінки лікувального патоморфозу, який є достовірним критерієм оцінки ефективності хіміопроменевої терапії. Застосування хіміопроменевого компонента лікування на доопераційному етапі викликає множинні парціальні некрози в пухлині, а також субтотальні і тотальні незворотні зміни в ній, що сприяє абластичності проведення операції, зменшує ризик місцевого рецидиву захворювання.

Досліджувана нами схема доопераційного лікування включала компонент крупнофракційного опромінення з наступним видаленням пухлини. У зв'язку з цим променевої патоморфоз оцінювали на клітинному (дистрофія та поліморфізм клітин, зниження мітогічної активності) і на тканинному рівні, оскільки за цей час чіткіше виступають зміни гістологічної структури пухлини.

Співставлення морфологічних проявів лікувального патоморфозу з клінічними даними показало, що ступінь їх вираженості співпадала з об'єктивно реєстрованим клінічним ефектом. Таким чином, за морфологічними ознаками стало можливим судити про

чутливість пухлини до передопераційного хіміопроменевого лікування.

Ключові слова: рак ободової кишки, неoad'ювантна хіміопроменева терапія, патоморфоз.

Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень.

Однією з найпоширеніших пухлин згідно канцер-реєстру є колоректальний рак і в тому числі рак ободової кишки (РОК), захворюваність на який останніми роками невпинно зростає і в загальній структурі онкологічної захворюваності у світі займає четверте місце. У структурі смертності від злоякісних новоутворень в Україні колоректальний рак займає одне із провідних місць, після раку легень, раку шлунка і молочної залози і складає 41,2 на 100 000 чол. населення. Прийнятий в якості стандарту метод хірургічного лікування РОК з наступною хімотерапією у більшості випадків не гарантує запобігання місцевого рецидиву або виникнення віддалених метастазів [10]. В літературі є окремі публікації стосовно застосування у хворих на колоректальний рак на

доопераційному етапі променевої терапії як в режимі крупнофракційного, так і звичайного фракціонування [5]. Застосування хіміотерапії в неoad'ювантному режимі також застосовувалось у клінічній практиці. Проте узагальнених рекомендацій щодо доцільності та безпечності поєднаного застосування хіміопроменевої терапії в неoad'ювантному режимі не було. Хіміотерапія і променева терапія можуть діяти на різних рівнях [13]. Зокрема, запропонована Velka C. і співробітниками концепція просторової взаємодії вважає, що хіміотерапія і опромінення діють на пухлину в різних частинах організму. Так хіміотерапія використовується для знищення віддалених мікрометастазів, а радіація діє безпосередньо на пухлину. Доведено, що 5-фторурацил, кальціумфолінат здатні затримати поділ клітин, доповнюючи променеву терапію [6].

Спираючись на фундаментальні дослідження стосовно поєднаного застосування хіміотерапії і опромінювання при раку прямої кишки, яка є структурною часткою товстої кишки, ми вирішили застосувати подібну методику для лікування хворих на рак ободової кишки. В доступній літературі ми не знайшли аналогів такого підходу до лікування хворих з II – III стадіями раку ободової кишки. Морфологічний метод дослідження є достовірним критерієм оцінки ефективності поменевої й цитостатичної терапії, що забезпечує можливість динамічного спостереження за станом пухлини на різних етапах лікування [4, 6].

Метою кооперованого дослідження було вивчення особливостей лікувального патоморфозу, зумовленого неoad'ювантною хіміопроменевою терапією у хворих на місцево-поширений рак ободової кишки за результатами кооперованого дослідження на базах Донецького обласного потипухлинного центру та Івано-Франківського обласного онкологічного диспансеру.

Матеріал і методи дослідження

Коопероване дослідження проводилось упродовж 2001-2008 років на базах Донецького обласного протипухлинного центру та Івано-Франківського обласного онкологічного диспансеру.

Групу спостережень становили 90 хворих на місцево-поширений рак ободової кишки (РОК), обстеження і базове лікування здійснювалось згідно з Протоколом надання медичної допомоги хворим із РОК – Наказ МОЗ України від 17.09.2007 – №554.

Діагноз раку ободової кишки виставлявся на підставі гістологічного дослідження біопсійного матеріалу пухлини, поширення об'ємного процесу класифікували за системою TNM (2002р.) за 6-ю класифікацією міжнародного протиракового товариства.

До і після лікування за стандартною методикою проводили обов'язкове морфологічне дослідження біопсійного й операційного матеріалу. Гістологічне дослідження виконувалось у гістологічних лабораторіях Донецького протипухлинного центру та Івано-Франківського обласного онкологічного диспансеру. Шматочки пухлини фіксували в 10% розчині нейтрального формаліну, заливали в парафін. Серійні парафінові зрізи, товщиною 5 мкм, виготовляли на ротажному мікромомі «Micom HM 315» виробництва Німеччини, забарвлювали гематоксиліном і еозином за методом Ван Гісона; клітинні імунні інфільтрати у стромі вивчали при забарвленні за Уна-Паппенгеймом, нейтральні мукополісахариди визначали за інтенсивністю ШИК-реакції, слиз виявляли при забарвленні муцикарміном, базальні мембрани – при імпрегуванні сріблом за Гоморі, глікозаміноглікани виявляли толудиноним синім. Також оцінювали ступінь лікувального патоморфозу за Г.О.Лавниковою (1976) [8,9]. Кількісну оцінку морфологічних змін у паренхімі пухлини після лікувальних впливів проводили на основі морфометричних досліджень, які виконували з допомогою окулярної сітки методом точкового рахунку [1, 2, 3, 4] в серійних препаратах з підрахунком питомих об'ємів клітин пухлини, нерозу, судин, колагенових волокон, стромі та імунноклітинних інфільтратів у ній із розрахунку на відсоток.

Залежно від послідовності лікувальних методик усі хворі розподілені на групи наступним чином: I група: хворі на місцево-поширений РОК, які отримували курс неoad'ювантною хіміопроменевою терапією (НеоАХПТ) з наступним хірургічним лікуванням (ХЛ) та ад'ювантною хіміотерапією (АХТ) за показами – 43 пацієнти;

II група: хворі на місцево-поширений РОК, яким проведено хірургічне лікування та АХТ за показами – 47 пацієнтів.

Неoad'ювантна хіміопроменева (НеоАХПТ) терапія у хворих на РОК включала: довенне введення 5-ФУ (500 мг/м²) краплинно з тривалістю інфузії 2 години; через 4 години – сеанс передопераційного опромінення пухлини на гамма-терапевтичній установці «Рокус» дозами по 5 Гр. Ми використовували 5-фторурацил виробництва фірми «ЕБЕВЕ» (Австрія). Блоки НеоАХПТ виконувались щоденно 5 днів поспіль. При цьому хворий отримував від 3,2 до 5,0 Гр 5-ФУ та променеву терапію до сумарної дози 25 Гр.

Обов'язковою програмою лікування місцево-поширених злоякісних процесів ободової кишки є ад'ювантна хіміотерапія (АХТ) при наявності метастатичного ураження регіонарних лімфатичних вузлів з використанням 4 циклів стандартної хіміотерапії першої лінії – 5-фторурацилу (5-ФУ) (450 мг/м²) з 1-го по 5-ий день у поєднанні із кальціумфолінатом (20 мг/м²) внутрішньовенно струменево з 1-го по 5-ий день із інтервалами між введеннями 3 тижні (режим Mayo або de Gramond). Для ад'ювантною хіміотерапії ми використовували 5-фторурацил виробництва фірми «ЕБЕВЕ» (Австрія) та кальціумфолінат виробництва фірми «ЕБЕВЕ» (Австрія).

Результати дослідження та їх обговорення

Цей фрагмент роботи присвячений вивченню морфологічного субстрату пухлинної тканини після проведення курсу переопераційної хіміопроменевої терапії з урахуванням гістологічних різновидів РОК.

Гістологічна будова та ступінь диференціації пухлин ободової кишки мала важливе прогностичне значення, тому в пухлинах ми відзначали: ступінь диференціювання (високо-, помірно- і низько диференційована аденокарцинома), глибину інвазії пухлини, наявність чіткої межі пухлинного росту. Іноді визначення гістологічного типу рака було утруднено за рахунок наявності в пухлині ділянок, що мали різну будову. У таких випадках вирішального діагностичного значення ми надавали компоненту, що складав більшу частину пухлини. В тих пухлинах, де компоненти різної будови мали приблизно однаковий вміст, пріоритетним вважали гістологічну будову, що мала більш низький ступінь клітинного диференціювання.

Розподіл хворих за гістологічною будовою пухлин у групах наведений у табл. 1.

Гістологічно виборка пацієнтів обох груп є рівномірною, статистично значимого розходження гістологічної структури пухлин ободової кишки для хворих контрольної та дослідної групи не виявлено ($p > 0,05$), що дозволило уніфікувати методи лікування та, в подальшому, порівняти отриманий результат лікування.

У дослідженнях біоптатах пухлини, виконаних при фіброколоноскопії, спостерігали аденокарциному різного ступеню диференціювання (G1, G2, G3) та слизоутворюючий рак. Гістологічна картина їх була типовою (рис. 1).

Специфічність хіміопроменевого патоморфозу визначається на тканинному рівні і характеризується зміною струк-

Таблиця 1. Розподіл обстежених хворих на місцево-поширений рак ободової кишки залежно від гістологічної будови пухлин

групи	I група (НеоАХПТ)		II група (ХЛ)		Всього		
	n	%	n	%	n	%	
Аденокарцинома	37	86,05	43	91,92	80	88,89	
із них	G1	28	65,12	21	44,69	49	54,44
	G2	7	16,27	15	31,91	22	24,44
	G3	1	2,33	6	12,78	7	7,78
	G4	1	2,33	1	2,13	2	2,22
Муцинозний рак	5	11,63	3	6,38	8	8,89	
Перстневидно-клітинний рак	1	2,33	1	2,13	2	2,22	
Всього	43	100,00	47	100,00	90	100,00	

Примітки: n – абсолютна кількість хворих; % – відсоток до кількості осіб; G1 – вискодиференційована аденокарцинома; G2 – помірнодиференційована аденокарцинома; G3 – низькодиференційована аденокарцинома; G4 – недиференційована аденокарцинома

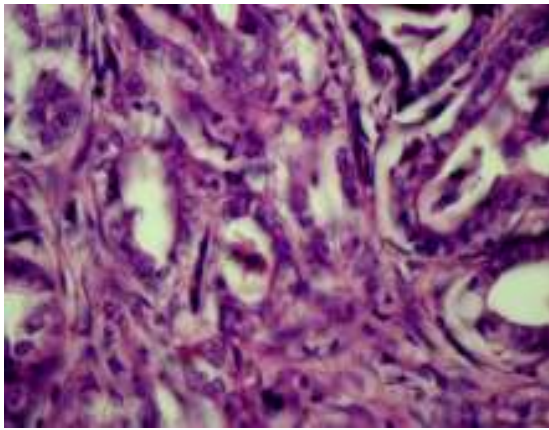


Рис. 1. Мікрофотографія аденокарциноми у хворого групи II (хірургічне лікування) (біоптат пухлини ободової кишки, біопсія виконана інтраопераційно). x100

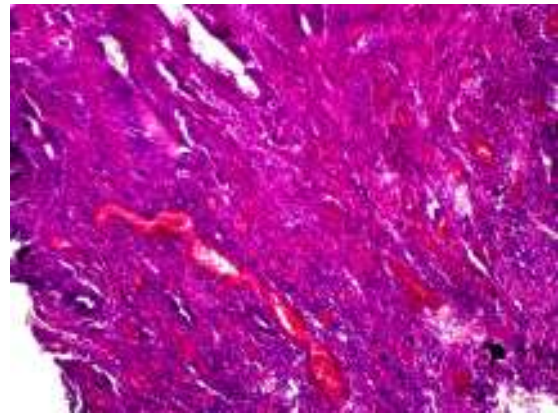


Рис.2. На приведеному зрізці відслідковується грануляційна тканина на поверхні звиразкування. x100

тури пухлини, тому прояви цих змін обумовлені гістологічною будовою пухлини, її гістогенезом і ступенем диференціювання. Характер змін на клітинному рівні (зміна ядер, внутрішньоядерних субстанцій, цитоплазми) більш однотипний, незалежно від гістологічної градації новоутворення.

Найбільше вираженими та постійними явищами в групі неoad'ювантної хіміопроменевої терапії (I група) стали альтеративні зміни в пухлинній паренхімі. У всіх спостережуваних зрізках відзначено звизракування пухлини (рис. 2), глибина якого коливалася від підслизової основи до зовнішнього шару м'язової оболонки. У більшості випадків по поверхні звизракування виражене розростання грануляційної тканини. Вираженість альтеративних процесів мала різні ступені проявів. У частини випадків спостерігалися різкі вогнищеві дистрофічні зміни пухлинних клітин (рис.3), які характеризувались різною величиною пухлинних клітин та спотворенням їх форми, просвітленні та набряку цитоплазми, стирання межі між пухлинними клітинами. Іноді спостерігався пікноз клітин. Виявлялося збільшення ядер клітин, що призводило до збільшення ядерно-цитоплазматичного співвідношення. У більшості хворих I групи (НеоАХПТ) лікувальний патоморфоз характеризувався дистрофічними змінами дифузного характеру в клітинах, порушенням клітинної полярності, стиранням межі між пухлинними клітинами і поєднанні їх між собою та перетворення цих пухлинно змінених клітин із високо циліндричних в округлі полігональні. Протоплазма пухлинних клітин стає слабозвинutoю, що свідчить про зниження кількості ДНК та РНК. Великі зміни проходять і в ядрах. У більшості з них хроматин стає ніжно волокнистим, у зв'язку з цим ядра погано сприймають забарвлення гематоксиліном і мають ви-

гляд дуже світлик. Контури ядер стають розмитими, внаслідок чого останні зливаються з протоплазмою. Мітогічна активність пухлинної тканини, порівняно з такою до лікування різко зменшується, мітози мають спотворений характер.

В інших випадках у тканинних препаратах хворих I групи відзначали некроз клітин в ракових комплексах з накопиченням клітинного детриту в їх просвіті, у зв'язку з цим збільшувався їх розмір (рис. 4).

Наступним етапом загибелі пухлинної паренхіми є розрив ракових комплексів з випадінням клітинного детриту в строму з пери-фокальним запаленням та мікроабсцедуванням (рис. 5). У більше як половині випадків знайдені вогнищеві ділянки некрозу пухлинної тканини, розмір яких коливається від 20% до 90% площі новоутворення. Пухлинна тканина була представлена скопиченням клітин-тіней (рис 6).

У частині випадків комплекси пухлинних клітин на тлі різких дистрофічних змін та некробіозу були оточені клітинними лімфогістіоцитарними інфільтратами, частково з домішкою плазматичних клітин (рис. 7).

Відбувалося проникнення імунних клітин у глибину комплексів пухлини. Частіше в інфільтратах відзначені гігантські багатоядерні клітини по типу чужорідних тіл (рис. 8). Це свідчить про те, що за процесом альтерації послідовно настає процес фагоцитозу загиблих пухлинних клітин макрофагами. В стромі пухлин виражені розлади кровотворення у вигляді повнокрів'я, парезу судин та явищ стазу. Частина судин знаходилася в стані фібриноїдного некрозу стінки. Внаслідок цього строма перетворюється на рихлу, набряклу та розволонену. Це призводило до клітинної дифузної інфільтрації строми. Але у частини випадків, на-

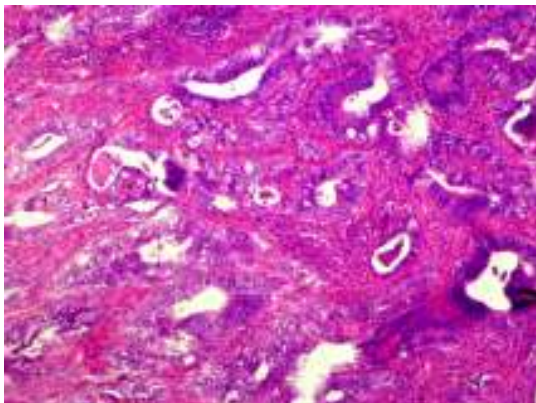


Рис.3. На зображенні - різка дистрофія пухлинної клітини. x100

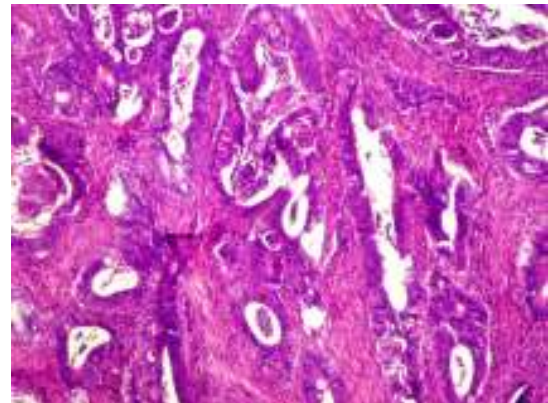


Рис.4 Вогнища некрозу зі скопиченнями клітинного детриту в просвіті залоз. X 100

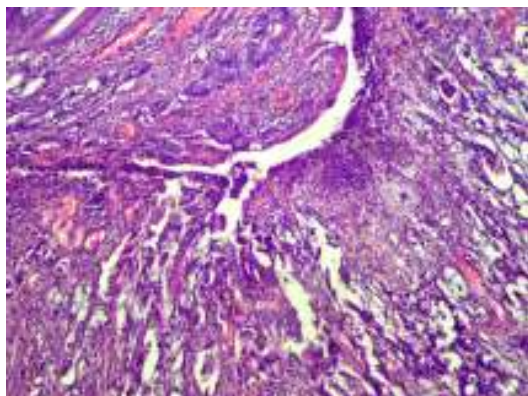


Рис.5. Вогнища некрозу з мікроабсцедуванням. X 100

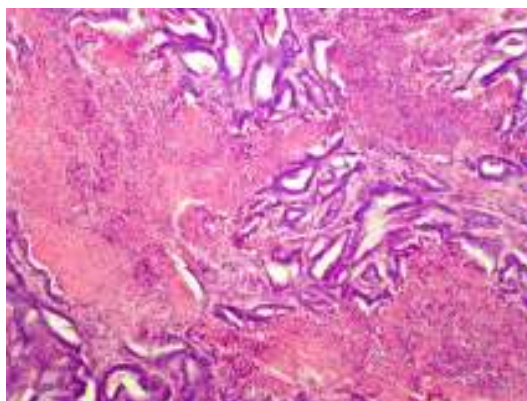


Рис.6. Некроз 50 % пухлинної паренхіми. X 500



Рис.7. Плазматичні клітини в інфільтраті. Піронофільна цитоплазма при забарвленні по Уна-Папшенгейму X 500

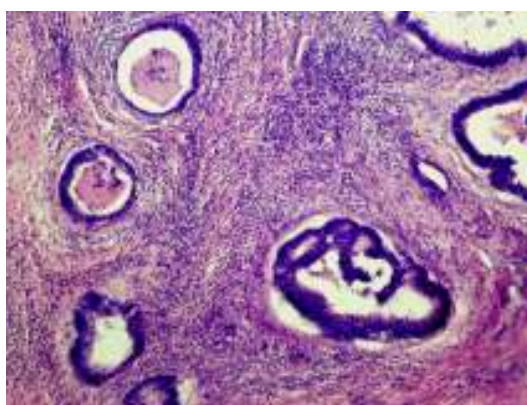


Рис.8. Кільцеподібні розростання строми навколо клітинних комплексів раку, запалення в стромі з наявністю гігантських клітин іноридних тіл. X 500

вколо патологічно змінених та загиблих пухлинних комплексів аденокарциноми відмічалось розростання грануляційної тканини.

Відзначається початкове фіброзування (згрубіння) строми, таким чином формуються кільцеподібні завихрення колагенових волокон навколо комплексів пухлинних клітин (забарвлення по Ван Гізону). В частині досліджуваних випадків лікувального патоморфозу відзначено відкладання мікрокальцинатів на місці комплексів аденокарциноми, які загинули.

Таким чином, нами були відзначені значні дистрофічні, некробіогічні та некротичні зміни пухлинної паренхіми під дією передопераційної хіміопроменевої терапії, що свідчить про зниження пухлинної маси. Крім цього, описані розлади кровообігу передбачають сповільнення кровообігу, що ймовірно приводить до більшої абластичності оперативного втручання.

Висновки

Комплексне морфологічне дослідження злоякісних пухлин ободової кишки дозволило узагальнити отримані результати аналізу їх лікувального патоморфозу за структурними ознаками девіталізації пухлинних клітин (некроз, патологічні мітози) для визначення ефективності неoad'ювантних (передопераційних) методів терапії хворих на місцево-поширений рак ободової кишки.

Перспективи подальших досліджень

Дана тема вивчення лікувального патоморфозу має продовження на даний час у комплексній роботі, яка виконується на курсі онкології. Метою досліджень є визначення ефективності доопераційної хіміопроменевої терапії у комплекс-

ному лікуванні пухлин основних локалізацій; орофаренгіального раку, злоякісних новоутворів грудної залози, жіночих статевих органів та колоректального раку.

Література

1. Автандилов Г. Г. Медицинская морфометрия / Г. Г. Автандилов. – М. : Медицина, 1990. – 383 с.
2. Автандилов Г. Г. Основы количественной патологической анатомии: учебное пособие / Г. Г. Автандилов. – М.: Медицина, 2002. – 240 с.
3. Аруин Л. И., Капуллер Л.Л., Исаков В.А. Морфологическая диагностика болезней желудка и кишечника / Л. И. Аруин, Л. Л. Капуллер, В. А. Исаков. – М. : Триада – X, 1998. – 496 с.
4. Белый В.Я. Морфологическая оценка эффективности неoad'ювантной полихимиотерапии у больных раком толстой кишки, осложненным острой кишечной непроходимостью / В. Я. Белый, К. А. Галахин, А. А. Шудрак [и др.] // Укр. журн. малоінв. та ендоскоп. хір. – 1999. – Т. 3. – № 4. – С. 24–27.
5. Галкин Е. В. Влияние рентгенэндоваскулярных вмешательств на принципы комбинированного лечения рака прямой кишки / А. Э. Штоппель, А. А. Захарченко, Е. В. Галкин [и др.] // Актуальные проблемы колопроктологии: тезисы докл. – М., 2005. – С. 324–326.
6. Галахин К. А. Химиотерапевтический патоморфоз злокачественных опухолей / К. А. Галахин, О. Г. Юринов, Е. Г. Курик // Укр. хіміотерап. журн. – 2000. – Т. 4. – № 8. – С. 8–11.
7. Галахин К. О. Лікувальний патоморфоз злоякісних пухлин травного тракту / К. О. Галахін, О. Г. Курик. – К. : Книга-плюс, 2000. – 176 с.
8. Капуллер Л. Л. Опухоли кишечника : // Л. Л. Капуллер, П. Ф. Калитеевский / Патологоанатомическая диагностика опухолей человека: Руководство для врачей в 2-х томах./ под ред. Н. А. Краевского – М. : Медицина, 1993 – Т. 2. – 1993. – 367 с.
9. Комбіноване лікування хворих на рак ободової кишки / [С. О. Шалімов, О. І. Євтушенко, Д. В. Мясосдов, В. В. Приймак]. –

К. : Четверта хвиля, 2006. – 167 С.

10. Лавникова Г. А. Некоторые закономерности лучевого патоморфоза опухолей человека и их практическое использование / Г. А. Лавникова // Вестник АМН СССР. – 1976. – № 6. – С. 13 – 19.

11. Лушников Е. Ф. Лучевой патоморфоз опухолей человека / Е. Ф. Лушников. – М.: Медицина, 1977. – 328 с.

12. Glimelius B. Late toxicity from rectal cancer radiotherapy // Abstr.18 Internat. Cancer Congress. - Oslo, Norway, 2002. -P.7.

13. Meta-analysis Group in Cancer. Efficacy of intravenous continuous infusion of fluorouracil compared with bolus administration in advanced colorectal cancer // J. Clin. Oncol. – 1998. – № 16. – P. 301 – 308.

Терен Т.І.

Лечебный патоморфоз, индуцированный неoadъювантной химиолучевой терапией у больных резектабельным раком ободочной кишки

Ивано-Франковский национальный медицинский университет

Резюме. Целью исследования было изучение эффективности внутривенного введения 5-фторурацила и одновременного облучения опухоли крупными по 5 Гр фракциями в неoadъювантном режиме дистанционной гамма-терапии у больных резектабельным раком ободочной кишки по результатам оценки лечебного патоморфоза, который является достоверным критерием оценки эффективности химиолучевой терапии. Применение химиолучевого компонента лечения на дооперационном этапе вызывает множественные парциальные некрозы в опухоли, а также субтотальные и тотальные необратимые изменения в ней, что способствует абластичности проведения операции, уменьшает риск местного рецидива заболевания. То есть за морфологическими признаками стало возможным судить о чувствительности опухоли к проведению дооперационному химиолучевому лечению.

Исследуемая нами схема дооперационного лечения включала компонент крупнофракционного облучения и химиотерапевтического лечения с последующим радикальным удалением опухоли. Поэтому патоморфоз оценивался на клеточном уровне (дистрофия и полиморфизм клеток, снижение митотической активности) и на тканевом уровне, так как за это время более чётко выступают изменения гистологической структуры опухоли.

Сопоставление морфологических проявлений лечебного

патоморфоза с клиническими данными показало, что степень их выраженности совпала с объективно зарегистрированным клиническим эффектом. Таким образом по морфологическим признакам стало возможным судить о чувствительности опухоли к предоперационному химиолучевому лечению.

Ключевые слова: рак ободочной кишки, неoadъювантная химиолучевая терапия, патоморфоз.

T.I. Teren

Medical Pathomorphosis Induced by Neoadjuvant Chemoradiotherapy in Patients with Resectable Colon Cancer

Ivano-Frankivsk National Medical University

Summary. The aim of the research was to study of efficacy of intravenous infusion of 5-fluorouracil and simultaneous irradiation of the tumour of 5 large fractions in the neoadjuvant mode for patients by the operating cancer of colon on results the estimation of curative pathomorphology, which is the reliable criterion of estimation of efficiency of chemoradiation therapy. Applying of the chemoradiation component of treatment on the preoperated stage causes plural partial necroses in tumours, and also subtotal and total irreversible changes, that promotes to the operation ablasticity realizations and diminishes the risk of local recurrence diseases.

The pre-operation treatment scheme we studied included a component of the large-scale irradiation with further tumor removal. Therefore pathomorphosis evaluated at the cellular level (cell degeneration and polymorphism, reduced mitotic activity) and at the tissue level, because during this time more clearly advocate changes histology of the tumor.

Comparison of morphological manifestations of therapeutic pathomorphism with clinical data showed that the level of their expression coincides with the objectively registered clinical effect. Thus, according to the morphological manifestations it has become possible to consider the sensitivity of the tumor before the preoperative chemoradiotherapy.

Keywords: Colon cancer, neoadjuvant chemoradiation therapy, pathomorphology.

Надійшла 10.06.2013 року.

УДК 616-009.2+616.4

Ткачук Н.П., Гриб В.А.

Поширеність синдрому неспокійних ніг у популяції хворих на цукровий діабет 2 типу, ускладнений поліневропатією

ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»

Резюме. Метою дослідження було вивчити поширеність синдрому неспокійних ніг (СНН) у хворих на цукровий діабет (ЦД) 2 типу, проаналізувати основні клінічні прояви даного синдрому на фоні діабетичної поліневропатії (ДПН). На базі ендокринологічного відділення Івано-Франківської обласної клінічної лікарні було обстежено 94 хворих на ЦД 2 типу. У всіх пацієнтів було діагностовано ДПН за допомогою суб'єктивних даних та визначення неврологічного статусу. Всі хворі були поділені на 2 групи: до I увійшло 69 пацієнтів з ДПН без СНН, II групу склали 25 хворих з СНН на фоні ДПН. Контролем слугувало 15 практично здорових осіб (ПЗО). У 25 (27,5%) хворих було виявлено СНН за допомогою основних діагностичних критеріїв IRLSG (2003). За результатами досліджень виявлено різноманітність клініки даної патології, зокрема деякі скарги, такі як утруднене засинання, сонливість вдень, судоми литкових м'язів, парестезії і болі нижніх кінцівок поєднували СНН і ДПН. Проте, такі симптоми як рухи кінцівками уві сні, необхідність у ходьбі вночі, поява скарг при тривалому сидінні зустрічалися з більшою частотою у хворих з

СНН ($p < 0,05$), що надало можливість чітко диференціювати ці патології. Окрім того, хворі II групи були опитані за міжнародною шкалою СНН, яка визначила ступінь важкості даної патології у них і показала, що у 11 пацієнтів виявлений легкий (6-9 балів), у 10 – помірний (12-17 балів), у 4 – важкий (22-25 балів) ступінь СНН. У хворих з помірним і важким ступенем СНН зустрічалися всі можливі скарги, притаманні СНН та їх можна було чітко віддиференціювати від ДПН, так як у пацієнтів з легким ступенем важкості переважали скарги на погіршення сну, парестезії та болі у нижніх кінцівках, що було спільним із хворими з ДПН без СНН. Дане дослідження дозволяє зробити висновок про значний зв'язок між СНН і ДПН. У хворих на ЦД 2 типу поліневропатія є основним чинником ризику для розвитку СНН. Тим не менш, поліневропатія лише частково пояснює високу поширеність СНН у структурі діабету, так як клінічні характеристики даного синдрому у хворих на ЦД, мабуть, є окремою нозологією.

Ключові слова: синдром неспокійних ніг, цукровий діабет, діабетична поліневропатія, рухи кінцівками уві сні.