

являється диспепсичним синдромом, який розцінюється як такий за серцевої недостатності.

4. Перспективою подальших досліджень є патогенетичне обґрунтування раціональних підходів до лікування хворих на ХП, в тому числі з наявністю супутньої СН.

Література

1. Григорьева И.Н. Никотин и поджелудочная железа / И.Н. Григорьева // Вестник Клуба Панкреатологов. - № 4. - С.21-22.

2. Христич Т.Н. Особенности клинического течения хронического панкреатита в сочетании с ИБС / Т. Н. Христич // Сборник научных работ співробітників КМАПО ім. П. Л. Шупіка. - Київ, 2005. - С.167-171.

3. Преображенский Д.В. Гемодиализация - самая частая причина анемии у госпитализированных больных с хронической сердечной недостаточностью / Д.В. Преображенский, Н.И. Некрасова, П.А. Воробьев // Проблемы старения и долголетия. - 2010. - Т. 19, № 3. - С. 293.

Резюме

Гончарук Д.О. Хронічний панкреатит - особливості клінічного перебігу.

У статті подаються оригінальні дані про особливості перебігу хронічного панкреатиту (ХП) при наявності хронічної серцевої недостатності (ХСН) в порівнянні з ХП без ХСН.

Ключові слова: хронічний панкреатит, хронічна серцева недостатність, клініка.

Резюме

Гончарук Д.О. Хронический панкреатит - особенности клинического течения.

В статье освещаются вопросы особенности клинического течения хронического панкреатита (ХП), сочетающегося с синдромом хронической сердечной недостаточности (ХСН), в сравнении с ХП без ХСН.

Ключевые слова: хронический панкреатит, хроническая сердечная недостаточность, клиника.

Summary

Goncharuk D.O. Chronic pancreatitis - descriptions of clinical maintains.

The article shows the descriptions of clinical maintains of chronic pancreatitis (CP) combined with chronic heart failure syndrome (CHFS) with difference of CP without CHFS.

Key words: chronic pancreatitis, chronic heart failure syndrome, clinic.

Рецензент: д. мед. н., проф. Я. А. Соцька

ЗАХВОРЮВАНІСТЬ ОФТАЛЬМООНКОЛОГІЧНИХ ХВОРИХ НА ПЕРВИННО-МНОЖИННІ ЗЛОЯКІСНІ НОВОУТВОРЕННЯ

А.С. Гудзь

Львівський національний медичний університет
ім. Данила Галицького (Львів)

Вступ

Щороку кількість хворих із первинно-множинними злоякісними новоутвореннями у світі стрімко зростає. Зокрема, рівень захворюваності цією патологією у Російській Федерації становив у 2003-2004 р.р. - 7,5-8,3 на 100 тис. населення, а частка серед хворих із вперше встановленим онкологічним захворюванням збільшилась із 1,1 % (1994 р.) до 2,7 % (2007 р.). Частота злоякісних первинно-множинних новоутворень певної локалізації може бути значно вищою (10-13 %) [1].

У теперішній час під терміном "первинно-множинні злоякісні новоутворення" розуміють виникнення у одного хворого незалежних двох або більше пухлин. Умовно розрізняють синхронні (виявляють одночасно чи з інтервалом до 6 місяців) та метакронні (верифікуються у різний час) пухлини. Сучасні публікації свідчать, що близько 34 % первинно-множинних злоякісних новоутворень є синхронними [1].

Збільшення захворюваності на первинно-множинні злоякісні новоутворення пов'язують як із покращенням статистичного обліку онкологічних хворих, так із широким впровадженням у клінічну практику сучасних методів діагностики (зокрема, променевої). Окремі дослідники вказують на те, що зростання кількості таких хворих є наслідком постаріння населення, глобальним погіршенням екологічного стану довкілля та значним забрудненням його канцерогенними агентами. Також встановлено, що хворі із первинно-множинними злоякісними новоутвореннями частіше зустрічаються у високо індустріальних

країнах, серед жителів міст, причому максимум цієї захворюваності спостерігається у хворих наприкінці працездатного віку (55,6 - 58,2 роки), а серед жінок - у більш ранньому віці (55 років), ніж серед чоловіків (65 років). Окрім цього, у виникненні первинно-множинних злоякісних новоутворень велике значення має спадкова схильність (близько 30 % в етіологічній структурі патології), а коефіцієнт сімейного наслідування - 77,4 % [1].

Первинно-множинні злоякісні пухлини частіше уражають ті органи, у яких виникають солітарні новоутворення - молочна залоза, шкіра, шлунково-кишковий тракт, статеві органи тощо. За даними сучасних досліджень, дві пухлини при множинних новоутвореннях зустрічаються серед 84 % хворих, три - 9,9-16,0 %, чотири - 1,62 %, п'ять і більше - 0,095 % [1].

Серед первинно-множинних злоякісних новоутворень органа зору та його придатків, добре вивчені спадкові метакронні пухлини, які виникають після вилікування ретинобластоми у дітей - синдром Бенвіг-Відемана (остеосаркома черепа, довгих кісток і меланома шкіри), а також - саркоми м'яких тканин, пухлини головного мозку, шишкоподібного тіла, хвороба Ходжкіна, рак легень, молочної залози. Ці первинно-множинні злоякісні новоутворення пов'язують із наявністю спадкової схильності до злоякісних новоутворень, а також з індукцією "нових" пухлин іонізуючим випромінюванням та хіміотерапевтичними медикаментами, які викликають множинні мутації у ДНК чутливих клітин [2-11].

До теперішнього часу питання частоти уражень при первинно-множинних злоякісних новоутвореннях серед офтальмоонкологічних дорослих хворих залишається маловивченим, що й зумовило актуальність нашого дослідження.

Мета роботи: дослідити захворюваність офтальмоонкологічних хворих на первинно-множинні злоякісні новоутворення та розробити заходи щодо удосконалення їх диспансерного спостереження в Україні.

Матеріали та методи дослідження

Верифікація діагнозу "первинно-множинне злоякісне новоутворення" проводилась за критеріями Міжнародного агентства дослідження раку ВООЗ (1990): виникнення "нових" пер-

винних злоякісних пухлин не залежить від часу їх виявлення; "нові" первинні злоякісні новоутворення з'являються в іншій локалізації щодо раніше виявленої злоякісної пухлини, і не є наслідком її поширення, рецидиву чи метастазування; всі первинні пухлини відрізняються за гістологічною структурою.

Рівні захворюваності на злоякісні новоутворення органа зору та його придатків, а також наявність інших локалізацій злоякісних новоутворень та їх гістологічний тип вивчались за деперсоналізованими кумулятивними даними Національного канцерреєстру України (Національний інститут раку МОЗ України), станом на грудень 2006 р.р. Дані аналізувались у розрізі нозологічних одиниць (за кодами МКХ-10), областей України, місця проживання, віку та статі хворих, місця надання їм онкологічної допомоги і оброблялись із використанням методів параметричної статистики та методу коефіцієнтів. У дослідженні були використані деперсоналізовані та зведені бази даних про онкологічних хворих, що не потребувало проведення біоетичної експертизи та отримання інформованої згоди пацієнтів.

Отримані результати та їх обговорення

Результати проведеного нами дослідження засвідчили, що близько 70,0 % хворих із злоякісними новоутвореннями органа зору та його придатків залишились живими після проведеного лікування: із новоутвореннями шкіри повік - $74,2 \pm 0,3$ %; органа зору - $58,3 \pm 0,6$ % ($p < 0,05$). Найчастіше (87,6 % випадків) пацієнти мали лише одну злоякісну пухлину (за первинною локалізацією та гістологічною структурою), у той час, як у 12,4 % хворих верифікували первинно-множинні злоякісні новоутворення, із них: "друге" - 11,7 %, "третє" - 0,66 % і "четверте" - 0,04 %.

Аналіз отриманих даних засвідчив, що в офтальмоонкологічних хворих зустрічаються наступні первинно-множинні злоякісні новоутворення: при ураженні ока - синхронні - $2,2 \pm 0,2$ % тих, хто захворів; метакронні - $4,7 \pm 0,3$ % хворих, які вижили після лікування; при ураженні шкіри повік - синхронні - $3,8 \pm 0,1$ % тих, хто захворів; метакронні - $3,1 \pm 0,1$ % хворих, які вижили після лікування ($p < 0,05$). Найчастіше "одне" злоякісне новоутворення органа зору та його придатків спостерігається при ло-

калізації пухлини у: кон'юнктиві (С69.0), сітківці (С69.2), циліарному тілі (С69.4), слізній залозі та слізних шляхах (С69.5), орбіті (С69.6), зоровому нерві та окоорухових нервах (С72.3, С72.5).

Синхронні первинно-множинні злоякісні пухлини виникають разом із ураженням органа зору (частіше при їх локалізації у судинній оболонці та циліарному тілі ока, слізній залозі та слізних шляхах) і частіше локалізуються в: органах травлення (8,36 на 1 тис. хворих), молочній залозі, жіночих та чоловічих статевих органах (4,70), у шкірі (3,52) тощо; а при первинному ураженні шкіри повік - в: органах травлення (9,53), молочній залозі, жіночих та чоловічих статевих органах (7,15), шкірі (6,23), органах дихання (5,31), губах, ротовій порожнині і глотці (4,93) (табл. 1).

Таблиця 1

Виникнення первинно-множинних локалізацій злоякісних новоутворень серед офтальмоонкологічних хворих (на 1 тис. хворих, кумулятивні дані Канцерреєстру України станом на кінець 2006 р.)

Коди МКХ-10	Синхронні			Метахронні		
	К-ть хворих, які захворіли на ЗН ОЗ	Абс. к-ть хворих на ПМЛ ЗН	на 1 тис. хворих	К-ть хворих, які вижили після ЗН ОЗ	Абс. к-ть хворих на ПМЛ ЗН	на 1 тис. хворих
C43.1	334	9	26,9	173	11	63,6
C44.1	18125	681	37,6	13519	399	29,5
C69.-	1179	15	12,7	521	40	76,8
C69.0	306	3	9,8	224	4	17,9
C69.1	135	2	14,8	79	5	63,3
C69.2	704	12	17,0	504	11	21,8
C69.3	811	28	34,5	494	34	68,8
C69.4	627	20	31,9	402	8	19,9
C69.5	102	4	39,2	68	1	14,7
C69.6	372	9	24,2	190	8	42,1
C69.8	146	2	13,7	83	4	48,2
C69.9	2378	62	26,1	1369	85	62,1
C72.3/C72.5	55	0	0,0	42	0	0,0
Разом	25274	847	33,5	17668	610	34,5

Примітка: ЗН ОЗ - злоякісні новоутворення органу зору; ПМЛ ЗН - первинно-множинна локалізація злоякісних новоутворень.

Метахронні первинно-множинні злоякісні новоутворення виникають через декілька років після ураження органа зору (рогівки,

судинної оболонки, орбіти) і частіше локалізуються в: органах травлення (16,9 на 1 тис. хворих), шкірі, молочній залозі, жіночих та чоловічих статевих органах (8,3), органах дихання (7,3) тощо; а при первинному ураженні шкіри повік - в: органах травлення (9,13), молочній залозі, жіночих та чоловічих статевих органах (7,89), органах дихання (5,48), губах, ротовій порожнині і глотці (3,80), органах сечовидільної системи (1,83) (табл. 1).

При метакхронних первинно-множинних злоякісних новоутвореннях "друге" злоякісне новоутворення зустрічається частіше при первинній локалізації пухлини у: шкірі повік (рак та меланома) (С43.1, С44.1 за кодами МКХ-10) та судинній оболонці ока (С69.3); "третє" - при первинній локалізації пухлини у: рогівці (С69.1), сітківці (С69.2), судинній оболонці (С69.3), орбіті (С69.6); "четверте" - первинній локалізації пухлини у шкірі повік (С43.1, С44.1) (табл. 2).

Таблиця 2

Розподіл хворих із злоякісними новоутвореннями органа зору за кількістю наступних гістологічно-незалежних злоякісних пухлин (кумулятивні дані Канцерреєстру України станом на кінець 2006 р.)

Коди МКХ-10	Абс. к-ть захворілих на ЗН ОЗ (чол.)	Розподіл хворих за кількістю злоякісних новоутворень (%)				Всього
		«Одне»	«Два»	«Три»	«Чотири»	
C43.1	334	88,0±1,8	12,0±1,8	0,0	0,0	100,0
C44.1	18125	87,06±0,2	12,2±0,2	0,6±0,06	0,04±0,01	100,0
C69.-	1179	90,6±0,8	9,2±0,8	0,3±0,1	0,0	100,0
C69.0	306	94,8±1,3	5,2±1,3	0,0	0,0	100,0
C69.1	135	88,9±2,7	8,9±2,4	2,2±1,3*	0,0	100,0
C69.2	704	93,2±0,9	6,0±0,9	0,9±0,3	0,0	100,0
C69.3	811	83,8±1,3	15,0±1,6	1,1±0,4	0,0	100,0
C69.4	627	90,6±1,2	8,9±1,1	0,5±0,3*	0,0	100,0
C69.5	102	90,2±2,9	9,8±2,9	0,0	0,0	100,0
C69.6	372	90,6±1,5	8,6±1,4	0,8±0,5*	0,0	100,0
C69.8	146	91,8±2,3	8,2±2,3	0,0	0,0	100,0
C69.9	2378	86,9±0,7	12,4±0,7	0,6±0,2	0,0	100,0
C72.3/C72.5	55	100,0	0,0	0,0	0,0	100,0
Разом	25274	87,60±0,2	11,70±0,2	0,66±0,05	0,04±0,01	100,0

Примітка: * - $p > 0,05$; ЗН ОЗ - злоякісні новоутворення органу зору.

При ураженні шкіри повік майже однаково розвиваються як синхронні, так і метакронні множинні злоякісні новоутворення - губи, ротової порожнини і глотки, органів травлення і дихання, молочної залози, жіночих та чоловічих статевих органів. Ураження шкіри іншої локалізації частіше відбувається водночас із ураженням шкіри повік.

Аналіз віку хворих, у яких виникли метакронні злоякісні новоутворення органа зору, засвідчив, що між "першою" (органа зору) та "другою" (іншої локалізації) злоякісною пухлиною існує середня різниця у 7,3 роки. Нами не встановлено суттєвої різниці між виникненням першого та наступного за локалізацією злоякісного новоутворення, у залежності від віку: при виникненні у працездатному віці різниця між терміном появи відтермінованих пухлин становить - 6,4-11,8 років, а у пенсійному - через 6,5-10,5 років (табл. 3).

Таблиця 3

Середній вік виникнення злоякісних новоутворень серед офтальмоонкологічних хворих при первинно-множинних локалізаціях (кумулятивні дані Канцерреєстру України станом на кінець 2006 р.)

Коди МКХ-10	Середній вік виникнення пухлини (років)		Різниця у віці (років)
	«Першою» (органа зору)	«Другою» (іншої локалізації)	
C43.1	52,4±14,2	62,3±10,8	9,9
C44.1	63,2±11,6	69,7±9,5	6,5
C69.0	62,5±10,8	73,0±6,6	10,5
C69.1	44,7±8,7	51,9±13,1	7,1
C69.2	47,9±8,5	58,7±14,3	10,8
C69.3	63,5±9,1	70,6±7,7	7,1
C69.4	53,2±15,8	65,0±10,8	11,8
C69.5	62,4±12,1	72,6±8,1	10,2
C69.6	59,6±9,3	66,1±7,7	6,4
Разом	60,9±12,7	68,2±10,5	7,3

За результатами аналізу гендерних розбіжностей при виникненні наступних первинних множинних злоякісних новоутворень визначено, що останні частіше виникають серед чоловіків при наступних ураженнях органа зору: шкіри повік -

карциномою (Ч/Ж = 1,5), судинної оболонки ока (1,2), рогівки (1,1); а серед жінок при первинному ураженні - кон'юнктиви та слізної залози і шляхів (0,3), сітківки (0,8). Статеві відмінності не встановлено (Ч/Ж = 1,0) при первинному ураженні меланомою шкіри повік, циліарного тіла, орбіти.

У той же час, нами встановлено, що первинно-множинні злоякісні новоутворення частіше виникають серед жителів міст, при ураженні - слізної залози та шляхів (М/С = 4,3), кон'юнктиви (2,7), орбіти (2,1), сітківки (1,6), циліарного тіла (1,5); а серед мешканців села - при ураженні рогівки (0,8).

Результати аналізу територіального розподілу офтальмоонкологічних хворих в Україні засвідчили, що найчастіше первинно-множинна локалізація злоякісних новоутворень серед офтальмоонкологічних хворих зустрічається серед населення: Луганської (9,8), Херсонської (9,4), Полтавської (8,0), Черкаської (7,6), Сумської (6,9) областей та в містах Київ (7,4) й Севастополь (7,3). Аналіз розподілу хворих із первинно-множинними злоякісними новоутвореннями дозволив установити, що найбільша їхня частка, серед усіх офтальмоонкологічних хворих спостерігається в онкодиспансерах (8,4 %) та обласних лікарнях (7,4 %) і є найменшою серед хворих, пролікованих у науково-дослідних інститутах (4,8 %).

Висновки

1. Результати проведеного дослідження засвідчили, що від 2,2 до 4,7 % офтальмоонкологічних хворих, які вижили після проведеного спеціального лікування, мають високу ймовірність у виникненні "нової" (метакронної) злоякісної пухлини через 7-8 років, яка може локалізуватись в органах травлення, дихання, статевих та сечовидільних органах, у молочної залозі, шкірі, що визначає високий ризик потенційної смертності від неї.

2. Отримані у дослідженні достовірні дані слід трактувати науковим підґрунтям оптимізації забезпечення системи диспансерного нагляду за офтальмоонкологічними хворими, що полягає у наступному:

1) продовження диспансерного спостереження за дорослими хворими, які перенесли офтальмоонкологічну патологію не

менше, ніж 15 років після первинного встановлення злоякісного новоутворення органа зору;

2) включення до програми диспансерного спостереження щорічного огляду не лише офтальмолога, але й онколога;

3) проведення щорічного обстеження, спрямованого на раннє виявлення злоякісних новоутворень органів травлення, дихання, молочної залози, статевих органів, шкіри (вивчення скарг, цілеспрямований лікарський огляд, променева діагностика, визначення рівня онкомаркерів тощо).

3. Упровадження у систему організації офтальмоонкологічної допомоги стратегії тривалого диспансерного контролю за хворими, на нашу думку, дозволить виявити первинно-множинні злоякісні новоутворення на ранніх стадіях патологічного процесу, своєчасно розпочати лікування та покращити прогноз для життя цього контингенту хворих.

Література

1. Современное состояние проблемы первично-множественных синхронных злокачественных новообразований // Онкология : полный справочник / под ред. Ю.Ю. Елусеева. - М. : Эксмо, 2007. - С. 691-708.

2. Cancer incidence after retinoblastoma. Radiation dose and sarcoma risk. / F. L. Wong, J. D. Jr. Boice, D. H. Abramson [et al.] // JAMA. - 1997. - Vol. 278. - P. 1262-1267.

3. Cancer screening practices of adult survivors of retinoblastoma at risk of second cancers / V. Sheen, M. A. Tucker, D.H. Abramson [et al.] // Cancer. - 2008. - Vol, 113. - P. 434-41.

4. Ewing's sarcoma as second malignant neoplasm after retinoblastoma: a case report / R.Mittal, S. Al Awadi, O. Sahar [et al.] // Med. Princ. Pract. - 2008. - Vol. 17. - P. 84-85.

5. Hereditary retinoblastoma and risk of lung cancer / R. A. Kleinerman, R. E. Tarone, D. H. Abramson [et al.] // J. Natl. Cancer. Inst. - 2000. - Vol. 92. - P. 2037-2039.

6. Hereditary retinoblastoma, lipoma, and second primary cancers / F. P. Li, D. H. Abramson, R. E. Tarone [et al.] // J. Natl. Cancer. Inst. - 1997. - Vol. 89. - P. 83-84.

7. Kleinerman R. A. Hereditary retinoblastoma and risk of lung cancer / R. A. Kleinerman, R. E. Tarone, D. H. Abramson // J. Natl. Cancer. Inst. - 2000. - Vol. 92. - P. 2037-2039.

8. Kleinerman R. A. Risk of soft tissue sarcomas by individual subtype in survivors of hereditary retinoblastoma / R. A. Kleinerman, M. A. Tucker, D. H. Abramson // J. Natl. Cancer. Inst. - 2007. - Vol. 3, №99. - P. 24-31.

9. Secondary acute myeloid leukemia after etoposide therapy for retinoblastoma / M. Weintraub, S. Revel-Vilk, M. Charit // J. Pediatr. Hematol. Oncol. - 2007. - Vol. 29. - P. 646-648.

10. Third (fourth and fifth) nonocular tumors in survivors of retinoblastoma / D. H. Abramson, M. R. Melson, I. J. Dunkel [et al.] // Ophthalmology. - 2001. - Vol. 108. - P. 1868-18676.

11. Wong F. L., Boice J.D. Jr., Abramson D.H. Cancer incidence after retinoblastoma. Radiation dose and sarcoma risk / F. L. Wong, J. D. Jr. Boice, D. H. Abramson // JAMA. - 1997. - Vol. 278. - P. 1262-1267.

Резюме

Гудзь А.С. Захворюваність офтальмоонкологічних хворих на первинно-множинні злоякісні новоутворення.

Проведеним дослідженням визначено, що близько 70,0 % хворих із злоякісними новоутвореннями органа зору та його придатків залишились живими після проведеного лікування: із новоутвореннями шкіри повік - 74,2±0,3 %; органа зору - 58,3±0,6 % (p<0,05). Найчастіше (87,6 % хворих) мали лише одну злоякісну пухлину (за первинною локалізацією та гістологічною структурою), а 12,4 % хворих - первинно-множинні злоякісні новоутворення, із них: "друге" - 11,7 %, "третє" - 0,66 % і "четверте" - 0,04 %. Захворюваність офтальмоонкологічних хворих на первинно-множинні злоякісні новоутворення становить: синхронні - 33,5 ‰, метакронні - 34,5 ‰. Офтальмоонкологічні хворі мають великі шанси у виникненні "нової" (метакронної) злоякісної пухлини через 7-8 років, яка може буди локалізована в органах травлення, дихання, у статевих та сечовидільних органах, у молочної залозі, шкірі, що визначає високий ризик смерті від неї. На підставі отриманих у дослідженні даних розроблена система довготривалого диспансерного спостереження за цією категорією хворих.

Ключові слова: злоякісні новоутворення, орган зору та його придатки, первинно-множинна локалізація, диспансерне спостереження.

Резюме

Гудзь А. С. Заболеваемость офтальмоонкологических больных первично-множественными злокачественными новообразованиями.

Исследованием определено, что около 70,0 % больных со злокачественными новообразованиями органа зрения и его придатков остались живыми после проведенного лечения: с новообразованиями кожи век - $74,2 \pm 0,3$ %; органа зрения - $58,3 \pm 0,6$ % ($p < 0,05$). Чаще всего (87,6 % больных) имели лишь одну злокачественную опухоль (по первичной локализации и гистологической структуре), а 12,4 % больных - первично-множественные злокачественные новообразования, из них: "второе" - 11,7 %, "третье" - 0,66 % и "четвертое" - 0,04 %. Заболеваемость офтальмоонкологических больных первично-множественными злокачественными новообразованиями составляет: синхронными - 33,5 %, метасинхронными - 34,5 %. Офтальмоонкологические больные имеют большие шансы в возникновении "новой" (метасинхронной) злокачественной опухоли через 7-8 лет, которая может быть локализована в органах пищеварения, дыхания, в половых и мочевыделительных органах, в молочной железе, коже, и которая определяет высокий риск смерти от нее. На основании полученных исследований разработана система долговременного диспансерного наблюдения за данной категорией больных.

Ключевые слова: злокачественные новообразования, орган зрения и его придатки, первично-множественная локализация, диспансерное наблюдение.

Summary

Hudz A.S. Morbidity of ophthalmologic patients with primary-plural malignant new formations.

A study determined, that about 70,0% of patients with the malignant new formations of the organ of vision and its appendages remained living after the carried out treatment: with the new formations of the eyelid skin - $74,2 \pm 0,3$ %; the organ of vision - $58,3 \pm 0,6$ % ($p < 0,05$). Most frequently (87,6% of patients) they had only one malignant tumor (according to the primary localization and the histological structure), and 12,4% of patients - primary- plural malignant new formations, of them: "second" - 11,7%, "third" - 0,66% and "fourth" - 0,04%. The morbidity of the ophthalmologic patients with primary- plural malignant new formations comprises: synchronous - 33,5 %, metachronous - 34,5 %. Ophthalmologic patients have large chances in the appearance "new" (metachronous) malignant tumor in 7-8 years, which can be localized in the organs of digestion, respiration, in the sexual and urinary organs, in the mammary gland, to the skin, and which determines the high risk of death from it. On the basis obtained studies is developed the system of lasting clinic observation of this category of patients.

Key words: malignant new formations, the visual organ and its appendages, primary- plural localization, clinic observation.

Рецензент: д.мед.н., проф. А.М.Петруня

ГИПЕРТРОФИЯ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМИ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТАМИ С КАРДИО-ВАСКУЛЯРНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ И МЕТОДЫ ИХ КОРРЕКЦИИ

Г.А.Игнатенко, Т.С. Игнатенко, И.В.Мухин
Донецкий национальный медицинский университет
им. М. Горького

Вступление

В последние годы во всем мире растет частота случаев развития почечной недостаточности, в качестве основных причин которой выступают диабетическая нефропатия, артериальная гипертония (АГ) и хронический гломерулонефрит (ХГН) [5]. Взаимоотношения между сердцем и почками оказались в фокусе особого внимания после результатов эпидемиологических исследований, показавших, что даже незначительное нарушение почечной функции является важным фактором риска неблагоприятного прогноза у больных сердечной недостаточностью, с хронической ишемической болезнью сердца, острым инфарктом миокарда и в постинфарктном периоде, а также перенесших кардиоваскулярные оперативные вмешательства. В этой связи ХГН рассматривается как один из факторов риска развития и прогрессирования кардиоваскулярных заболеваний [1]. Гипертрофия левого желудочка (ГЛЖ) является одним из универсальных патологических состояний, отражающим многообразие патофизиологических процессов, происходящих в миокарде под влиянием ряда причин [2].

Связь работы с научными программами, планами, темами. Работа выполнялась в соответствии с плановой научной темой кафедры пропедевтики внутренней медицины №2 Донецкого национального медицинского университета им. М. Горького "Застосування інтервальної нормобаричної гіпокситапії в комплексному лікуванні моноорганної і поєднаної терапевтичної патології" (№ держреєстрації 0108U009884).