

Хотя этиловый спирт относят к радиопротекторам, но его радиационная широта очень мала: около 1,15–1,18 (для сравнения с другими радиопротекторами: цистамин — 2–3, мексамин — 20–30, нафтизин — 30–90). Все дело в том, что этиловый спирт эффективен при т. н. остром облучении, когда организм получает дозу радиации за очень короткое время — секунды, минуты. А концентрация этилового спирта в крови должна быть на достаточно высоком уровне, чтобы он оказал свое радиопротекторное свойство.

Выводы

1. Этиловый спирт относится к радиопротекторам с малой радиационной широтой.
2. Эффективен при остром облучении, длящемся в течение нескольких минут.
3. Для радиопротекторного действия необходимы высокие концентрации этанола (около 2,5 г/л) в крови.
4. При приеме данного «радиопротектора» возникает невозможность выполнения каких-либо задач, в том числе и боевых.
5. Бытующее мнение о том, что алкоголь выводит из организма радиацию, является ошибочным.

ЛИТЕРАТУРА

1. Спирты: Серия «Токсикология для врачей» / Н.Ф. Маркизова [и др.] — СПб.: ФОЛИАНТ, 2004.
2. Острая лучевая болезнь в условиях Чернобыльской катастрофы / под ред. Л. П. Киндзельского [и др.] — К.: Телеоптик, 2002.

УДК 616.33-006.6-089.168.1

ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ ЖЕЛУДКА

Брич С. С., Михайлов И. В.

Учреждение образования

«Гомельский Государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Злокачественные опухоли желудка (ЗОЖ) относятся к наиболее распространенным в мире злокачественным новообразованиям, и занимают второе место в структуре онкологической смертности в странах Азии и Восточной Европы. В большинстве стран, за исключением Японии, ЗОЖ диагностируются преимущественно в III и IV стадиях [1], что обуславливает неудовлетворительные результаты лечения.

Материалы и методы исследования

Проанализированы, в зависимости от основных клинико-морфологических факторов, результаты хирургического и комплексного лечения 754 пациентов, перенесших радикальные и условно-радикальные операции по поводу ЗОЖ в Гомельской области в 2002–2004 гг. Материалом для исследования являлись данные канцер-регистра по Гомельской области. Была создана компьютерная база данных в среде MS Access 2007. Для статистического анализа использовался пакет прикладных программ «Statistica» 6.0. Оценивали наблюдаемую выживаемость (вне зависимости от причин смерти) методом Каплана-Мейера. Пациентов, умерших в раннем послеоперационном периоде от различных осложнений (21 человек), при расчете показателей выживаемости не исключали. Различия показателей оценивали методом Хи-кв.

Результаты и их обсуждение

Пятилетняя выживаемость во всей исследуемой группе составила $42,6 \pm 1,8$ % Показатели выживаемости пациентов закономерно снижались с повышением стадии опухолевого процесса (рисунок 1).

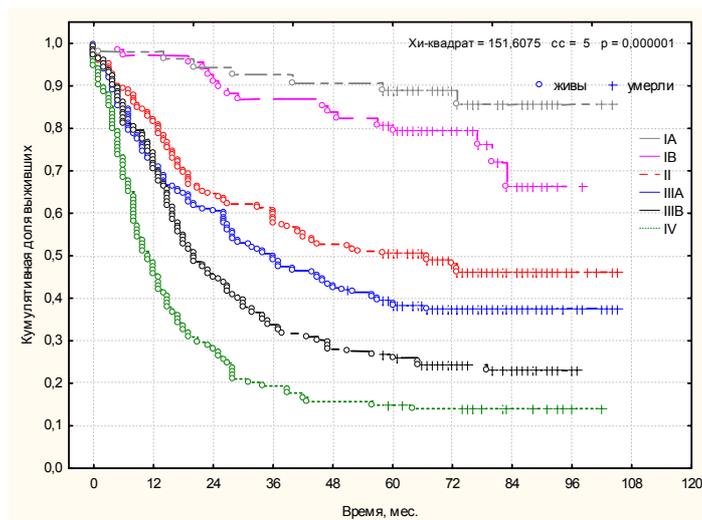


Рисунок 1 — Показатели выживаемости пациентов в зависимости от стадии опухолевого процесса

В исследуемой группе подавляющее большинство (739) составляли пациенты с раком желудка (РЖ), пятилетняя выживаемость в данной подгруппе составила $42,6 \pm 1,8 \%$. Тенденция к повышению выживаемости наблюдалась среди пациентов с неэпителиальными опухолями. При мезенхимальных злокачественных опухолях (лейомиосаркомы, гастроинтестинальные стромальные опухоли) пятилетняя выживаемость составила $55,5 \pm 16,6 \%$, при злокачественном карциноиде — $50,0 \pm 20,4\%$ ($P = 0,36$). Отдаленные результаты лечения РЖ зависели от морфологической формы и степени дифференцировки (таблица 1).

Таблица 1 — Пятилетняя выживаемость в зависимости от степени дифференцировки РЖ

Морфологические факторы	Степень дифференцировки				P
	G1	G2	G3	G4	
Пятилетняя выживаемость	$66,5 \pm 6,4 \%$	$50,7 \pm 3,8 \%$	$37,4 \pm 2,1 \%$	$37,5 \pm 17$	0,00001

Прогностически неблагоприятными были эндофитные (инфильтративно-язвенная и диффузно-инфильтративная) формы РЖ (таблица 2).

Таблица 2 — Общая выживаемость в зависимости от макроскопической формы РЖ

Макроскопическая форма	3-летняя выживаемость	5-летняя выживаемость
Полипозидная	$86,4 \pm 7,3 \%$	$68,1 \pm 9,9 \%$
Блюдцеобразная	$53,0 \pm 3,5 \%$	$47,0 \pm 3,5 \%$
Инфильтративно-язвенная	$40,3 \pm 3,6 \%$	$32,2 \pm 3,4 \%$
Диффузно-инфильтративная	$11,1 \pm 10,5 \%$	0

Примечание: Хи-квадрат = 15,24911, сс = 4, $p = 0,00422$.

При анализе отдаленных результатов в зависимости от пола и возраста пациентов пятилетняя выживаемость среди мужчин оказалась ниже, чем у женщин — $38,3 \pm 2,3 \%$ и $48,7 \pm 2,8 \%$, соответственно ($p = 0,007$). В возрастной группе пациентов до 60 лет пятилетняя выживаемость составила $47,0 \pm 3,3 \%$, старше 60 лет — $40,7 \pm 2,1 \%$, соответственно ($P = 0,001$). Данные различия можно объяснить большим удельным весом у пациентов старшей возрастной группы и лиц мужского пола распространенных (III–IV стадий) форм ЗОЖ и более высокой смертностью от причин, не связанных с онкопатологией, что не представляется возможным учесть при анализе наблюдаемой выживаемости. У пациентов, перенесших стандартные операции, пятилетняя выживаемость составила $46,8 \pm 2,2 \%$, после комбинированных операций различного объема — $34,1 \pm 3,0 \%$

($P = 0,00002$). При использовании торако-абдоминального доступа наблюдалась тенденция к снижению пятилетней выживаемости, в сравнении с лапаротомией — $29,7 \pm 6,5 \%$ и $43,6 \pm 1,9 \%$, соответственно ($P = 0,11$), что объясняется большим удельным весом распространенных и прогностически неблагоприятных эндофитных форм РЖ при проксимальной локализации.

В зависимости от типа операции (таблица 3), наиболее высокие показатели пятилетней выживаемости получены при выполнении дистальной субтотальной резекции желудка (ДСРЖ).

Таблица 3 — Выживаемость в зависимости от типа операции

Операция	3-летняя выживаемость	5-летняя выживаемость
Гастрэктомия	$30,6 \pm 3,5 \%$	$23,6 \pm 3,2 \%$
ДСРЖ**	$60,0 \pm 2,3 \%$	$51,8 \pm 2,3 \%$
ПСРЖ*	$46,2 \pm 9,8 \%$	$38,5 \pm 9,5 \%$
Операции с резекцией пищевода	$37,2 \pm 5,5 \%$	$31,9 \pm 5,3 \%$

* Проксимальная субтотальная резекция желудка, ** Хи-квадрат = 42,53235, $ss = 4$, $p = 0,00001$.

Выводы

1. Показатели выживаемости пациентов закономерно снижаются с повышением стадии опухолевого процесса, что свидетельствует о важности мероприятий, направленных на повышение эффективности диагностики данной патологии.

2. Прогностически неблагоприятными являются эндофитные, низкодифференцированные формы РЖ, требующие выполнения гастрэктомии, что свидетельствует о необходимости поиска методов адъювантной терапии.

3. Показатели выживаемости были несколько ниже при распространенных опухолях, требующих выполнения комбинированных операций, однако более трети пациентов, перенесших комбинированные вмешательства, пережили пятилетний рубеж.

ЛИТЕРАТУРА

1. Янкин, А. В. Скрининг рака желудка / А. В. Янкин // Практическая онкология. — Т. 11. — № 2. — 2010. — С. 96–100.

УДК 618.2:616-056.52:612.39

ТРОФОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ РАННИХ СРОКОВ БЕРЕМЕННОСТИ У ЖЕНЩИН С ОЖИРЕНИЕМ

Булик Т. С., Юзько О. М.

Научный руководитель: д. м. н., проф. О. М. Юзько

**Буковинский государственный медицинский университет
г. Черновцы, Украина**

Питание является одним из наиболее существенных форм связи организма с окружающей средой, посредством которой осуществляется поступление сложных органических веществ (белки, жиры, углеводы, витамины) и простых химических элементов, минеральных веществ и воды. Особенную роль питание приобретает в ранние сроки беременности, ведь именно оптимальные метаболические характеристики микроокружения эмбриона становятся стартовой площадкой для полноценного формирования и развития плода, а в будущем — и здорового индивидуума. Доказано, что нарушение питания во время беременности по-разному влияет на состояние плода. Так, голодание и недостаточное количество белка и витаминов в период имплантации плодного яйца может вызвать гибель эмбриона, а во время органогенеза может способствовать порокам