

тов, а после введения нейпогена – диффузная компенсаторная гипертрофия миокарда при наличии в интерстиции макрофагальных инфильтратов.

Результаты нашего эксперимента позволяют сделать следующее заключение: введение при экспериментальном инфаркте миокарда Г-КСФ достоверно снижает некротические и дистрофические изменения в кардиомиоцитах, в более ранние сроки вызывает нормализацию микроциркуляции. Можно предположить, что положительное влияние Г-КСФ на восстановительные процессы в сердечной мышце связано с различными механизмами. Один из них реализуется через воздействие на клетки-предшественники миелопоэза, их трансдифференцировку в кардиомиоциты. С другой стороны можно предположить позитивное влияние нейпогена на процессы апоптоза и некроза. Кроме того, данный препарат активизирует нейтрофилы, которые способны продуцировать различные биологически активные вещества (вазкулярный эндотелиальный фактор роста, оксид азота и другие), обладающие ангиопротекторными свойствами.

Таким образом, введение нейпогена (гранулоцитарного колониестимулирующего фактора) в постинфарктном периоде приводит к более ранней нормализации биохимических маркеров повреждения миокарда, уменьшению объема некроза сердечной мышцы и стимуляции ангиогенеза, что указывает на интенсификацию восстановительных процессов в миокарде.

**В.В. Махнев, Д.Л. Бенцион,
Г.Н. Чайковский**

ОБЩАЯ ВЫЖИВАЕМОСТЬ ПАЦИЕНТОВ С ПЕРВИЧНЫМИ ОПУХОЛЯМИ ГОЛОВНОГО МОЗГА ПО ДАННЫМ СВЕРДЛОВСКОГО ОБЛАСТНОГО ОНКОЛОГИЧЕСКОГО ДИСПАНСЕРА

Опухоли центральной нервной системы занимают одно из значимых мест в структуре онкологической заболеваемости. Наблюдается устойчивая тенденция роста заболеваемости опухолями центральной нервной системы с 2004 г. Опухоли головного мозга, являясь серьезной медицинской проблемой современной онкологии, приводят к утрате трудоспособности, снижают интеллектуальные функции, вызывают мнестические расстройства (нарушение памяти, внимания, речи) и существенно снижают качество жизни пациентов.

Цель исследования: оценить общую выживаемость пациентов с первичными опухолями головного мозга и факторы, влияющие на общую выживаемость.

Материалы и методы. В исследовании участвовало 232 пациента с первичными опухолями головного мозга, проходивших стационарное лечение в Свердловском областном онкологическом диспансере г. Екатеринбурга. Проводился анализ историй болезни пациентов, проходивших стационарное лечение в Свердловском областном онкологическом диспансере в период с 2002 г., данных единой онкосистемы СООД. Катамнестическое обследование пациентов осуществлялось на базе 1-ого, 2-ого нейрохирургических отделений, 1-ого радиологического отделения. В работе также использованы данные карт статистического учета пациентов СООД.

Пациенты включались в исследование с 2002 г. по 2006 г. и наблюдались по настоящее время. Среди пациентов было 122 мужчины и 110 женщин в возрасте от 1 года до 78 лет, медиана составляет 46 лет.

Проводился сравнительный анализ общей выживаемости в зависимости от пола, возраста и степени злокачественности опухоли.

Для статистической обработки полученных данных использовалась программа SPSS 13,0.

Результаты и обсуждение. На данный момент времени из 232 пациентов с первичными опухолями головного мозга, участвовавших в исследовании, умерли 123 пациента (53,4%), живы 108 (46,8%) пациентов. Медиана общей выживаемости составляет 43 месяца (95% ДИ 26,9-59,2).

В мужской выборке за истекший период времени смертность составила 81/122 (66,4%), в женской выборке – 42/110 (38,5%). Медиана общей выживаемости у мужчин составила 24 мес. (95% ДИ 15,0-33,0) и у женщин 43 месяца (95% ДИ 26,9-59,1). Для анализа общей выживаемости мужчин и женщин построена кривая Каплана-Мейера (рис.).

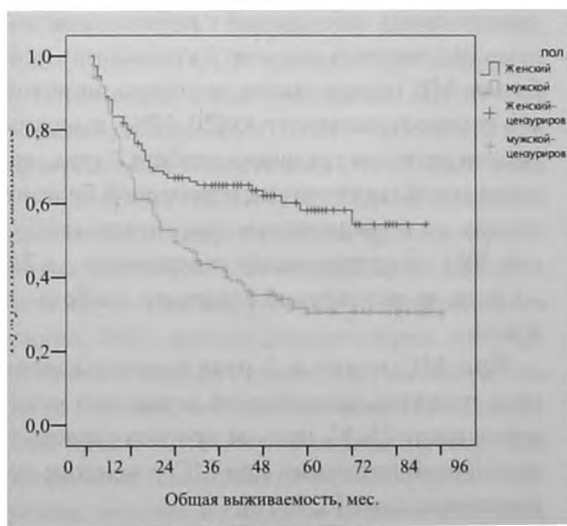


Рис. Кривая общей выживаемости Каплана-Мейер

Результаты сравнительного анализа показали, что общая выживаемость в мужской выборке достоверно ниже, чем в женской: логранговый критерий =13,7; $p=0,000$.

У мужчин 1-летняя выживаемость составила 80/122 (65,6%), 3-х летняя выживаемость – 48/122 (39,3%), 5-летняя выживаемость – 23/122 (18,9%). У женщин 1-летняя выживаемость составила 98/110 (89,1%), 3-х летняя

выживаемость – 74/110 (67,3%), 5-летняя выживаемость – 50/110 (45,5%).

Сравнительный анализ общей выживаемости пациентов проводился также в возрастных группах. В группе 0-10 лет смертность за наблюдаемый период времени составила 1/8 (12,5%), в группе 11-20 лет – 6/14 (42,9%), в группе 21-30 лет 6/22 (27,3%), в группе 31-40 лет 15/41 (36,6%), в группе 41-50 лет – 28/50 (56,0%), в группе 51-60 лет – 31/48 (64,6%), в группе 61-70 лет – 27/37 (73,0%), в группе 71-80 лет – 9/11 (81,8%).

В возрастной группе от 0-10 лет более 75% пациентов живы на момент исследования, поэтому оценить межквартильные интервалы не представляется возможным; именно в этой возрастной группе самая высокая общая выживаемость. В возрастной группе 11-20 лет медиана общей выживаемости составляет 56 мес. (95% ДИ 46,5-65,5 мес.). В группах 21-30 лет и 31-40 лет общая выживаемость 75% пациентов составляет более 45 мес. (95% ДИ 18-72 мес.) и более 26 мес. (95% ДИ 6-46 мес.) соответственно. В этих двух группах более 50% пациентов живы на момент оценки общей выживаемости, поэтому не приводится медиана общей выживаемости. В возрастных группах 41-50 лет, 51-60 лет, 61-70 лет медиана общей выживаемости составляет 37 мес. (95% ДИ 4-70 мес.), 20 мес. (95% ДИ 10-30 мес.) и 16 мес. (95% ДИ 11-21 мес.) соответственно. В самой старшей возрастной группе более 75% пациентов умерли на момент оценки общей выживаемости: общая выживаемость 75% пациентов была более 5 мес. (95% ДИ 2-8 мес.), медиана – 9 мес. (95% ДИ 3,5-14,5 мес.), 25% пациентов прожили более 17 мес. (9,5-24,5). Эта возрастная группа (71-80 лет) показала самую низкую общую выживаемость.

Результаты сравнительного анализа показали, что общая выживаемость в разных возрастных группах имеет статистически достоверные различия: логранговый критерий = 35,7; $p=0,000$. Корреляционный анализ зависимости общей выживаемости от возраста свидетельствует о наличии обратной зависимости общей выживаемости пациентов от возраста начала заболевания, коэффициент корреляции

Пирсона $\gamma = -0,33$ ($p=0,000$), т.е. у пациентов более старшего возраста общая выживаемость, оцениваемая с момента проведения операции, ниже. Взаимосвязь общей выживаемости и возраста пациента является слабовыраженной, но статистически достоверной.

Среди наблюдаемых нами пациентов опухоли низкой степени злокачественности Grade I-II отмечались у 101 пациента, высокой степени злокачественности Grade III-IV – у 124 пациентов, у 7 пациентов опухоль не классифицировалась по Grade. При первичных опухолях головного мозга Grade I-II общая выживаемость 75% пациентов составляет более 30 мес. (95% ДИ = 5,2-54,8 мес.), более половины пациентов живы на момент оценки общей выживаемости. При Grade III-IV общая выживаемость 75% пациентов – более 7 мес. (95% ДИ = 5-9 мес.), медиана – 18 мес. (95% ДИ = 13,4-22,6), и только 25% пациентов живут более 72 мес. Сравнительный анализ общей выживаемости пациентов опухолями головного мозга показывает, что выживаемость пациентов с низкой степенью злокачественности достоверно выше, чем пациентов с высокой степенью злокачественности (логранговый критерий = 34,16, $p=0,000$).

Выводы

Общая выживаемость пациентов с первичными опухолями головного мозга была достоверно выше у женщин по сравнению с мужчинами, в более молодых возрастных группах по сравнению с более старшими возрастными группами, у пациентов с низкой степенью злокачественности опухоли по сравнению с пациентами высокой степени злокачественности опухоли. Полученные нами данные следует учитывать при выборе комплексной терапии пациентов с первичными опухолями головного мозга.

Е.М. Футерман¹, А.Н. Дмитриев¹,
И.Ф. Гришина¹, Р.Р. Фасхиев²,
Л.Р. Перминова²

ИЗМЕНЕНИЯ ГЕОМЕТРИИ И ФУНКЦИИ СЕРДЦА В ДИНАМИКЕ РАЗВИТИЯ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА И ИХ СВЯЗЬ С ЖИРОВОЙ СОСТАВЛЯЮЩЕЙ В КОМПОЗИЦИИ ТЕЛА ЖЕНЩИН

Уральская государственная медицинская академия¹
МУ ГКБ № 40², г. Екатеринбург

Метаболический синдром (МС), представляет собой комплекс наследуемых регуляторно-метаболических нарушений, приводящих (под влиянием ряда средовых и биологических факторов) к трудно обратимым расстройствам обмена веществ и появлению соматических заболеваний с неблагоприятностью их течения и исходов. Актуальность проблемы МС определяется не только широкой его распространенностью (20-40%), высоким риском развития сахарного диабета 2 типа, артериальной гипертензии, коронарной болезни сердца, но и увеличением смертности от ИБС – на 40%, от артериальной гипертензии – в 2,5 - 3 раза, от осложнений сахарного диабета – в 4 раза.

При МС почти в 2 раза увеличивается риск развития хронической сердечной недостаточности [5, 8], причем прогноз сердечно-сосудистой патологии при МС у женщин существенно хуже [6, 9, 10].

Судя по доступной нам литературе, в настоящее время нет единой точки зрения на вклад различных компонентов МС в процессы ремоделирования камер сердца, а также структурно-геометрические характеристики сердца в динамике развития МС. В то же время известно, что при воздействии на ранних этапах формирования кластера патологических процессов, свойственных МС, возможно обратное развитие поражения органов-мишеней, в частности ремоделирования миокарда и диастолической дисфункции левого желудочка [3]. Все изложенное определяет важность оценки состояния геометрии и функции левого желу-