

Рис. 2. Больной Р., 54 г., житель г. Якутска. Бурая жировая ткань паранеуральной клетчатки. Окраска гематоксилин-эозин. Ув. x 100

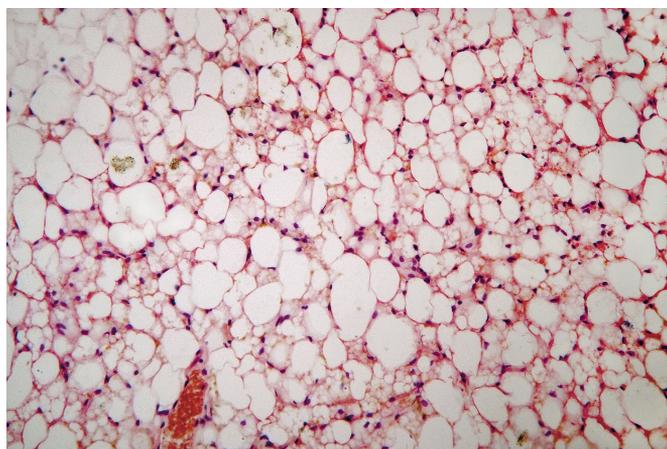


Рис. 3. Больной Р., 54 г., житель г. Якутска. Бурая жировая ткань парааортальной клетчатки. Окраска гематоксилин-эозин. Ув. x 200

с наличием в цитоплазме жировых клеток множества липидных капель в виде мелких вакуолей.

В заключение следует отметить, что это сообщение является первым свидетельством присутствия настоящей бурой жировой ткани у взрослых людей, живущих в очень холодном регионе.

Литература

1. Andersen S. Thyroid hyperactivity with high thyroglobulin in serum despite sufficient iodine

intake in chronic cold adaptation in an Arctic Inuit hunter population / Andersen S., Kleinschmidt K., Hvingel B., Laurberg P. // Eur. J. Endocrinol. - 2012. - 166(3). - P. 433-440.

2. Cinti S. Distribution and development of brown adipocytes in the murine and human adipose organ / Frontini A., Cinti S. // Cell Metab.- 2010. -11(4). - P. 253-256.

3. Cold-activated brown adipose tissue in healthy men / van Marken Lichtenbelt W.D., Vanhomerig J.W., Smulders N.M. [et al.] // N. Engl. J. Med. - 2009. - 360 (15). - P. 1500-1508.

4. Functional brown adipose tissue in healthy adults / Virtanen K.A., Lidell M.E., Orava J. [et al.] // N. Engl. J. Med. - 2009 - 360(15). - P. 1518-1525.

5. Identification and importance of brown adipose tissue in adult humans / Cypess A.M., Lehman S., Williams G. [et al.] // N. Engl. J. Med. - 2009 - 360(15). - P. 1509-1517.

6. Levy S.B. An assessment of infrared thermal imaging as an indirect method for quantifying variation in brown adipose tissue using data from the Indigenous Siberian Health and Adaptation Project / Levy S.B., Leonard W.R., Tarskaia L.A. [et al.] // American Journal of Human Biology. - 2014. ?? 26). - P. 270 -270.

7. The presence of UCP1 demonstrates that metabolically active adipose tissue in the neck of adult humans truly represents brown adipose tissue/ Cinti S., Cannon B., Nedergaard J. [et al.] // FASEB J.- 2009. - 23(9). - P. 3113-3120.

М.М. Винокуров, В.В. Савельев, Н.М. Гоголев, И.Д. Ушницкий, Т.В. Ялынская

ОРГАННЫЕ И ВНЕОРГАННЫЕ ПСЕВДОКИСТЫ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ. КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ. ОПЫТ И РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ

УДК 616.37-002.4-002-089

МИ СВФУ им. М.К. Аммосова: **ВИНОКУРОВ Михаил Михайлович** – д.м.н., проф., зав. кафедрой, mmv_mi@rambler.ru, **САВЕЛЬЕВ Вячеслав Васильевич** – к.м.н., доцент, vvsaveliev@mail.ru, **ГОГОЛЕВ Николай Михайлович** – к.м.н., доцент, gogrcemp@rambler.ru, **УШНИЦКИЙ Иннокентий Дмитриевич** – д.м.н., проф., зав. кафедрой, id.ushnitskiy@s-vfu.ru, **ЯЛЫНСКАЯ Татьяна Вадимовна** – студентка 4 курса, barbuzyaka@mail.ru.

В статье представлены данные о результатах хирургического лечения пациентов с внутри- и внеорганными постнекротическими псевдокистами поджелудочной железы. В ходе исследования установлено, что частота формирования экстрапанкреатических кист значительно ниже их внутриорганный локализации. Экстрапанкреатические псевдокисты отличаются скудной клинической картиной и меньшим количеством осложнений. «Золотым» стандартом диагностики постнекротических псевдокист (особенно внеорганный локализации) остается рентгеновская компьютерная томография с внутривенным болюсным контрастированием. Неосложненные экстрапанкреатические постнекротические псевдокисты, как правило, не требуют оперативной коррекции, а при осложненном их течении методом выбора должен являться малоинвазивный метод оперативного вмешательства.

Ключевые слова: псевдокиста поджелудочной железы, хирургическое лечение.

This article shows data of the results of surgical treatment of patients with intraorganic and postnecrotic pancreatic pseudocysts. According to the study the frequency of formation of extrapancreatic pseudocysts is significantly lower that its intraorganic localization. Extrapancreatic pseudocysts differ with scanty clinical presentation and less quantity of complications. X-ray

computed tomography with intravenous bolus tracking is considered a 'gold' standard of the diagnostics of postnecrotic pseudocysts (especially extraorgans localization). Not complicated extrapancreatic postnecrotic pseudocysts, as usually do not require surgical correction and in complicated process a minimally invasive method of surgical intervention should be applied as the main method of the treatment.

Keywords: pancreatic pseudocysts, surgical treatment.

Введение. Несмотря на достижения современной высокотехнологической медицины и накопленный практический опыт в панкреатологии, по настоящее время не решены многие проблемы, связанные с ранней диагностикой и адекватной лечебной тактикой при вне- и внутриорганных постнекротических псевдокистах, формирующихся во время патоморфологической трансформации на различных стадиях острого деструктивного панкреатита.

Широкий диапазон осложнений и летальности при различных клинико-патоморфологических формах и в различных стадиях заболевания, которые приводят авторы в своих научно-исследовательских работах, а также различных вариантов хирургического лечения, в том числе в историческом аспекте, по-видимому, создает ситуацию статистической недостоверности [12]. Тем не менее, в значительной мере это обусловлено рядом основных причин: различными сроками госпитализации от начала формирования псевдокисты, несвоевременной и/или неадекватной диагностикой, отсутствием единой трактовки клинико-патоморфологических форм [3,7]. Сложившаяся ситуация создает необходимость поиска новых методов диагностики, лечения, а также совершенствования существующих на сегодняшний день принципов и методов консервативного и хирургического лечения постнекротических псевдокист [4,9,11].

Большое разнообразие локализаций, патоморфологии кист, в частности состояние их стенки, характера содержимого, изменений остальных отделов поджелудочной железы и смежных с ней органов часто не позволяет однозначно подходить к выбору тактики лечения [2,8,13,14]. Однако следует отметить, что в значительной мере показания к операции и выбор ее конкретного метода определяются локализацией, сроком существования и стадией кистообразования, а также видом развившегося осложнения [5,8,9].

В нашей работе мы постарались подчеркнуть основные моменты диагностики, особенности клинического течения и лечебной тактики при обнаружении внеорганных (экстрапанкреатических) псевдокист. Это обуслов-

лено тем, что последнее десятилетие ознаменовано значительными достижениями в хирургической панкреатологии и пересмотром основных представлений о патоморфологических процессах при остром деструктивном панкреатите и развитии его полиморфных осложнений, а также малым количеством научных работ, посвященных особенностям клинического течения и вариантам осложнений экстрапанкреатических псевдокист.

Материалы и методы исследования. Представленная работа основана на анализе результатов консервативного и хирургического лечения 497 больных панкреонекрозом, находившихся на лечении в хирургических отделениях и Центре амбулаторной хирургии Республиканского центра экстренной медицинской помощи Республики Саха (Якутия) за период с 2010 по 2015 г.

Диагноз панкреонекроз и его осложнения верифицирован на основании комплексного обследования, включавшего данные клинических, лабораторных и инструментальных методов исследования, в том числе рентгеновской компьютерной томографии. У 384 (77,3%) больных, входящих в группу исследования, по данным клинических, лабораторных и инструментальных методов исследования зафиксировано развитие распространенного панкреонекроза, у 113 (22,7%) – формирование ограниченного деструктивного процесса. Критериями формирования распространенного панкреонекроза, как и [13], считали наличие некротических изменений в более чем одном отделе поджелудочной железы с обязательным вовлечением в патологический процесс клетчатки различных областей брюшинного пространства: парапанкреатической, паракольной, паранефральной, малого таза и/или клетчаточных структур брюшной полости (брыжейка тонкой или толстой кишки, малого и большого сальника). У 53 (10,7%) больных отмечено формирование постнекротических псевдокист (ПНПК) спустя 4 и более недель от начала острого панкреатита, при этом у 17 (32,1%) больных наблюдалась внеорганная их локализация.

Все больные были распределены на 4 группы по периодам формирования ПНПК, согласно классифика-

ции, предложенной в [7]: в 1-ю группу вошли больные, срок формирования ПНПК у которых составлял 4-6 недель от начала острого деструктивного панкреатита (ОДП); 2-ю группу составили больные, срок формирования ПНПК у которых составлял 2-3 месяца от начала ОДП; 3-ю – больные, срок формирования ПНПК у которых составлял до 6 месяцев от начала ОДП, и 4-ю – больные, срок формирования ПНПК у которых составлял 6-12 месяцев от момента начала ОДП.

Первичная оценка тяжести общего состояния и выраженности полиорганной недостаточности у больных ПНПК проводилась в условиях приемного отделения, стационара и/или отделения реанимации и интенсивной терапии (ОРИТ) клиники и основывалась на клинических проявлениях заболевания, первичных показателях лабораторных и инструментальных методов исследования, применении компьютерных версий расчетных алгоритмов интегральных систем-шкал ТФС [13], APACHE II [15], а также комплексной оценке уровня эндогенной интоксикации (определение уровня и распределения веществ низкой и средней молекулярной массы (ВНиСММ) и олигопептидов (ОлП) в различных биосредах организма с выделением 5 фаз эндогенной интоксикации (ЭИ) и соответственно 4 категориям тяжести) [8, 12].

Статистическая обработка материала произведена с использованием статистической программы «StatPlus 2007» для операционной системы Microsoft Office 2007 с вычислением средних величин ($M \pm m$). Коэффициент достоверности различий (p) двух групп определялся по t -критерию Стьюдента.

Результаты и обсуждения. Все больные, входящие в когорту исследования, были разделены на две группы в зависимости от локализации ПНПК. Так, 1-ю группу составили больные с внутриорганной локализацией ПНПК – 36 (67,9%) больных, 2-ю – больные с внеорганной локализацией ПНПК – 17 (32,1%) (табл. 1).

По результатам наших исследований, в 58,3% случаев у больных 1-й группы и в 29,4% случаев во 2-й группе исследования имело место быть осложненное течение ПНПК.

Ниже приведены осложнения ПНПК, которые нами зафиксированы в ходе

Таблица 1

Локализация постнекротических псевдокист

Область локализации	Количество больных (N=53)	
	абс.	M±m
1-я группа (n=36)		
Головка поджелудочной железы	4	11,1±4,0
Перешеек поджелудочной железы	3	8,3±3,5
Тело поджелудочной железы	11	30,6±5,9
Хвост поджелудочной железы	15	41,7±6,3
Множественная локализация	3	8,3±3,5
Всего	36	100
2-я группа (n=17)		
Парапанкреатическая клетчатка	4	23,5±5,4
Сальниковая сумка	3	17,6±4,9
Паракольная клетчатка слева	2	11,8±4,1
Паракольная клетчатка справа	5	29,4±5,8
Паранефральная клетчатка слева	2	11,8±4,1
Регион малого таза слева	1	5,9±3,0
Всего	17	100

Примечание. В табл. 1–4 достоверность различий 1-й группы по отношению ко 2-й $p < 0,05$.

Таблица 2

Осложнения постнекротических псевдокист органной и внеорганной локализаций

Вид осложнения и локализация	Количество больных (N=53)	
	абс.	M±m
1-я группа (n=36)		
Нагноение	9	25,0±5,5
Перфорация	3	8,3±3,5
Кровотечение	5	13,9±4,4
Развитие механической желтухи	4	11,1±4,0
Всего	21	58,3±6,3
2-я группа (n=17)		
Нагноение	2	11,8±4,1
Абдоминальный ишемический синдром	2	11,8±4,1
Региональная портальная гипертензия	1	5,8±3,0
Всего	5	29,4±5,8

Таблица 3

Структура и характеристика распределения больных по тяжести состояния

Тяжесть состояния			Количество пациентов			
Неоперированные больные			Группа 1 (n=36)		Группа 2 (n=17)	
АРАСНЕ II (баллы)	ТФС (баллы)	ЭИ (фаза)	абс.	M±m	абс.	M±m
до 10 (I кат.)	до 3	I	2	5,6±2,9	8	47,1±6,4
11-20 (II кат.)	4-7	II	12	33,3±6,0	4	23,5±5,4
21-30 (III кат.)	8-11	III	1	2,8±2,1	-	-
31 и < (IV кат.)	12 и выше	IV-V	-	-	-	-
Оперированные больные			Группа 1		Группа 2	
до 10 (I кат.)	до 3	I	2	5,6±2,9	1	5,9±3,1
11-20 (II кат.)	4-7	II	14	38,8±6,2	3	17,6±4,9
21-30 (III кат.)	8-11	III	4	11,1±4,0	1	5,9±3,1
31 и < (IV кат.)	12 и выше	IV-V	1	2,8±2,1	-	-

наблюдения в 1-й и 2-й группах исследования (табл. 2).

В связи с развившимися осложнениями течения ПНПК оперативному лечению подвергнут 21 (58,3%) больной с ПНПК **1-й группы** наблюдения: с I категорией тяжести – 2 (9,5%) больных, со II – 14 (66,7%), III – 4 (19,0%) и с IV категорией тяжести – 1 (4,8%) больной (табл. 3). При этом у 15 (41,7%) больных 1-й группы после проведения многокомпонентной консервативной

терапии отмечена редукция жидкостного образования или его значительное уменьшение в размерах с купированием клинических проявлений, что не потребовало применения инвазивных методов вмешательства, направленных на ликвидацию псевдокисты.

Нагноение кисты выявлено у 9 (25,0%) больных (88,9% больных с периодом формирования ПНПК 4-6 недель, 11,1% – с периодом формиро-

вания 2-3 месяца). Из них 7 (77,8%) пациентам выполнено транскутанное наружное дренирование полости кисты под контролем ультразвука, 2 (22,2%) – лапароскопически дополненные операции с использованием межмышечного минидоступа с использованием универсального базового хирургического набора «Мини-ассистент». Только в одном случае потребовалось выполнение повторной операции в объеме наружного дренирования полости кисты тампоном Пенроуза-Микулича с формированием оментобурсостомы в результате постоянной обтурации дренажных конструкций детритом. У этого пациента было отмечено осложнение, связанное с формированием наружного панкреатогенного свища, который закрылся самостоятельно в результате консервативных мероприятий.

В ходе наблюдений у 3 (8,3%) пациентов псевдокиста поджелудочной железы осложнилась кровотечением (все больные с периодом формирования ПНПК более 6 недель), при этом хирургическая тактика определялась его интенсивностью, объемом кровопотери, локализацией кисты, тяжестью состояния больного. Больным, у которых возникло кровотечение, выполняли два вида оперативного вмешательства: резекцию поджелудочной железы вместе с кистой и, в случае тяжелого состояния больного, оментобурсостомию, прошивание кровоточащего сосуда и тугую тампонаду полости кисты. Резекция поджелудочной железы выполнена 1 (33,3%) больному, оментобурсостомию с тугой тампонадой кисты – 2 (66,7%). Следует отметить, что у одного больного, которому была выполнена оментобурсостомию с тугой тампонадой и прошиванием кровоточащего сосуда, отмечен рецидив кровотечения, что потребовало выполнения повторной операции.

Не менее грозным осложнением, с которым нам пришлось столкнуться, была перфорация псевдокисты поджелудочной железы, которая имела место быть у 5 (13,9%) пациентов (60% больных с периодом формирования ПНПК 4-6 недель, 40% – с периодом формирования 2-3 месяца). Перфорацию псевдокисты в свободную брюшную полость наблюдали у 4 (80,0%) больных, в плевральную полость – у 1 (20,0%) больного. Перфорация кисты в брюшную полость с развитием местного перитонита отмечена у 3 (60,0%) больных. Всем трем пациентам произведено дренирование брюшной полости и сальниковой сумки с использо-

Таблица 4

Виды операций при лечении осложненных постнекротических псевдокист

Вид операции	Группа 1 (n=21)		Группа 2 (n=5)	
	абс.	M±m	абс.	M±m
Наружное дренирование	18	85,7±4,5	4	80,0±5,1
- транскутанное под ультразвуковым контролем	10	47,6±6,4	2	40,0±6,3
- лапароскопически дополненные из минидоступа	2	9,5±3,8	-	-
Дистальная панкреатоспленэктомия	2	9,5±3,8	-	-
Оментобурсостомия с тампонадой	2	9,5±3,8	-	-
Минилапаротомия из межмышечного минидоступа	3	14,3±4,5	-	-
Лапаротомия с наружным дренированием	1	4,8±2,7	-	-
Внутреннее дренирование	1	4,8±2,7	1	20,0±5,1
Люмботомия из межмышечного минидоступа	-	-	2	40,0±6,3

ванием межмышечного минидоступа. Хирургическое пособие в объеме наружного дренирования полости кисты и дренирование брюшной полости с использованием лапаротомного доступа при возникновении диффузного перитонита выполнено 1 (20,0%) больному. У 1 (20,0%) больного перфорация кисты произошла в плевральную полость. Лечение такого больного начинали с дренирования и активной аспирации содержимого плевральной полости. После стабилизации состояния ему было выполнено оперативное вмешательство в объеме дистальной резекции поджелудочной железы вместе с кистой.

Мы наблюдали 4 (11,1%) больных с псевдокистами поджелудочной железы, осложнением которых являлось развитие механической желтухи (75% больных с периодом формирования ПНПК 4-6 недель, 25% – с периодом формирования 2-3 месяца). Все кисты локализовались в головке поджелудочной железы, при этом у 3 (75,0%) пациентов кисты были «незрелыми» [7] (период формирования 4-6 недель). Больные с «незрелыми» псевдокистами поджелудочной железы оперированы с применением малоинвазивных методик, включающих дренирование кист под контролем ультразвука. У всех больных наблюдали спадение стенок и облитерацию полости кисты. В этой группе внутреннее дренирование было выполнено у 1 (25,0%) больного. Осложнения возникли у 2 (50,0%) пациентов: у одного после транскутанного дренирования сформировался наружный панкреатический свищ, закрывшийся после проведения консервативных мероприятий, у другого – после цистодуоденостомии по Kerschner возник подпеченочный абсцесс. Больной был оперирован и в последующем выздоровел.

Во 2-й группе наблюдения опера-

тивному лечению в связи с развившимся осложнением течения заболевания подвергнуты 5 (29,4%) больных: с I категорией тяжести – 1 (20%), со II – 3 (60%), III – 1 (20%) (табл. 3). При этом у 12 (70,6%) больных так же, как и в 1-й группе наблюдений, после проведения многокомпонентной консервативной терапии отмечена редукция жидкостного образования или его значительное уменьшение в размерах с купированием клинических проявлений.

Нагноение кисты выявлено у 2 (11,8%) больных, при этом местом локализации ПНПК являлась паранефральная клетчатка слева (все больные с периодом формирования ПНПК более 6 недель). Всем произведено дренирование полости нагноившейся ПНПК с использованием межмышечного минидоступа.

Абдоминальный ишемический синдром, который осложнил течение ПНПК внеорганической локализации, зафиксирован нами у 2 (11,8%) пациентов (все больные с периодом формирования ПНПК 4-6 недель). В обоих случаях ПНПК находилась в проекции паракольной клетчатки слева с оттеснением корня брыжейки тонкой кишки (размер кист, как правило, составлял более 5 см в диаметре). Больным выполнено дренирование кист под контролем ультразвука из люмбального доступа. У всех больных наблюдали спадение стенок и облитерацию полости кисты.

Региональная портальная гипертензия имела место быть у 1 больного – 5,9% случаев (с периодом формирования ПНПК более 6 месяцев). В данном клиническом случае ПНПК локализовалась в проекции сальниковой сумки с оттеснением гепатодуоденальной связки латерально и компрессией воротной вены на 1/3 (по данным селективной ангиографии). Больному выполнено внутреннее дренирование

кисты с использованием межмышечного минидоступа.

Как видно, нами использован широкий арсенал оперативных вмешательств (табл. 4). В целом преобладали дренирующие операции в 1-й и 2-й группах с использованием малоинвазивных методик. Необходимо отметить, что сравнение пациентов по видам выполненных оперативных вмешательств в данном случае имело относительный характер, так как при формировании внутриорганных псевдокист во многих случаях решался вопрос о проведении радикального вмешательства (резекция) или операций внутреннего дренирования при условии хорошо сформированной («зрелой») стенки кисты. Однако данные наглядно демонстрируют преобладание малоинвазивных вмешательств, как в 1-й, так и во 2-й группах, что является обнадеживающим фактором в плане улучшения качества медицинской помощи и сокращения сроков госпитализации, а значит, и более раннего восстановления трудоспособности данной категории больных.

Выводы. В ходе проведенного исследования установлено, что частота формирования экстрапанкреатических кист значительно ниже их внутриорганической локализации и составляет не более 35%. Экстрапанкреатические псевдокисты отличаются скудной клинической симптоматикой и характеризуются меньшим количеством осложнений в период своего существования – 29,4%. Ведущим методом диагностики постнекротических псевдокист (особенно внеорганической локализации) и по настоящее время остается рентгеновская компьютерная томография с внутривенным болюсным контрастированием. Неосложненные экстрапанкреатические постнекротические псевдокисты, как правило, не требуют оперативной коррекции, а при осложненном их течении методом выбора должен явиться один из методов широкого арсенала малоинвазивной хирургии.

Литература

1. Ваккасов М.Х. Результаты хирургического лечения кист поджелудочной железы / М.Х. Ваккасов, Т.С. Мамадумаров // Вестник хирургии. – 2003. – №2. – С. 92-93.
2. Waqqasov M.H. Results of surgical treatment of pancreatic cysts / M.H. Waqqasov, T.S. Mamadumarov // Bulletin of surgery. - 2003. - №2. - P. 92-93.
3. Белобородов В.А. Пункционно-дренажные технологии в лечении кист поджелудочной

железы после панкреонекроза / В.А. Белобородов, Д.В. Соболевич, С.А. Колмаков // Материалы VII Всероссийской конференции общих хирургов с международным участием. – Красноярск, 2012. – С. 25-28.

Beloborodov V. A. Puncture and drainage technology in the treatment of pancreas cysts after pancreonecrosis / V.A. Beloborodov, D.S. Sobotovich, S.A. Kolmakov // Proceedings of the VII all-Russian conference of General surgeons with international participation. - Krasnoyarsk, 2012. - P. 25-28.

3. Гостищев В.К. Диагностика и лечение осложненных постнекротических кист поджелудочной железы / В.К. Гостищев, А.Н. Афанасьев, А.В. Устименко // Хирургия. – 2006. – №6. – С. 4-7.

Gostishchev V.K. Diagnosis and treatment of complications of postnecrotic pancreatic cysts / V.K. Gostishchev, A.N. Afanasyev, A.V. Volodya // Surgery. - 2006. - №6. - P. 4-7.

4. Диагностика и выбор метода хирургического лечения кист поджелудочной железы с использованием ультразвукового исследования / Л.В. Поташов, В.В. Васильев, Н.П. Емельянова [и др.] // Вестник хирургии. – 2002. – №6. – С. 35-38.

Diagnostics and selection of surgical treatment of pancreatic cysts using ultrasound / L.V. Potashov, V.V. Vasilev [et al.] // Bulletin of surgery. - 2002. - №6. - P. 35-38

5. Костюченко А.Л. Неотложная панкреатология / А.Л. Костюченко, В.И. Филин. – СПб.: Изд-во «Деан», 1999. – 476 с.

Kostyuchenko A.L. Emergency pancreatology / A.L. Kostyuchenko, V.I. Filin. - SPb.: Publ. house «Dean», 1999. - P. 476.

6. Малахова М.Я. Лабораторная диагностика эндогенной интоксикации / М.Я. Малахова // Медицинские лабораторные технологии. – СПб.: Интермедика, 1999. – Т. 2. – С. 618-647.

Malakhov M.Y. Laboratory diagnosis of endogenous intoxication / M.Y. Malakhov // Medical laboratory technology. - Spb.: Intermedika, 1999. - T. 2. - P. 618-647.

7. Острый панкреатит (Протоколы диагностики и лечения) / С.Ф. Багненко, А.Д. Толстой, В.Б. Красногоров // Материалы конференции научно-исследовательского института скорой помощи им. И.И. Джanelидзе. – СПб., 2004. – С. 12-17.

Acute pancreatitis (diagnostic and treatment protocols) / S.F. Bagnenko, A.D. Tolstoy, V.B. Krasnogorov // Proceedings of the conference of the Research Institute of Emergency Care named after I.I. Dzhanelidze. - St. Petersburg, 2004. - P. 12-17.

8. Панкреонекроз / И.И. Затевахин, М.Ш. Цициашвили, М.Д. Будурова [и др.]. – М.: Изд-во ВНИТИ, 2007. – 224 с.

Pancreonecrosis / I.I. Zatevakhin, M.Sh. Tsitsiashvili, M.D. Budurova, A.I. Altunin. – M.: Publ. VNITI, 2007. – P. 224.

9. Прокофьев О.А. Хирургическое лечение больных с псевдокистами поджелудочной железы: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук / О.А. Прокофьев. – М., 2002. – С. 5-11.

Prokofiev O. A. Surgical treatment of patients with pancreatic pseudocysts: abstr. diss. ... cand. med. sciences / O. A. Prokofiev. - M., 2002. - P. 5-11.

10. Рогожин В.В. Методы биохимических исследований / В.В. Рогожин. – Якутск: Изд-во ЯГУ, 1998. – 93 с.

Rogozhin V.V. Methods of biochemical research / V.V. Rogozhin. - Yakutsk: Publishing house «Yaga», 1998. P. - 93.

11. Савельев В.С. Панкреонекрозы / В.С. Савельев, М.И. Филимонов, С.З. Бурневич. – М.: Изд-во «МИА», 2008. – 264 с.

Saveliev B.S. Pancreonecrosis / B.S. Saveliev,

M. I. Filimonov, S. Z. Burnewich. - M.: Publishing house «MIA», 2008. – P. 264.

12. Филимонов М.И. Хирургия панкреонекроза / М.И. Филимонов, С.З. Бурневич // 80 лекций по хирургии / Под редакцией В.С. Савельева. – М.: Литтерра, 2008. – С. 447-455.

Filimonov M. I. Surgery of pancreatic necrosis / M.I. Filimonov, S.Z. Burnewich // 80 lectures on surgery / ed. V.S. Saveliev. – M.: Publishing House «Littera», 2008. - P. 447-455.

13. Чрескожное цистогастральное дренирование постнекротических кист поджелудочной железы / О.В. Мороз, Ю.В. Кулезнева, Р.Е. Израиллов [и др.] // Материалы XIX Международного конгресса хирургов-гепатологов России и стран СНГ «Актуальные проблемы хирургической гепатологии». – Иркутск, 2012. – С. 165-166.

Percutaneous cystogastrostomy drainage of postnecrotic pancreatic cysts / O. V. Moroz, Y. V. Selezneva, R. E. Israilov [et al.] // Proceedings of the XIX International Congress of surgeons-hepatologists of Russia and CIS countries «Actual Problems of Surgical Hepatology». - Irkutsk, 2012. - P. 165-166.

14. Эндоскопическое дренирование постнекротических кист поджелудочной железы / В.Ю. Малуго, А.Е. Климов, А.Г. Федоров [и др.] // Материалы XI съезда хирургов Российской Федерации. – Волгоград, 2011. – С. 220-221.

Endoscopic drainage of postnecrotic pancreatic cysts / V.J. Malyuga, A.E. Klimov, A.G. Fedorov [et al.] // Proceedings of the XI Congress of surgeons of the Russian Federation. – Volgograd, 2011. – P. 220-221.

15. APACHE II-acute physiology and chronic health evaluation: physiologically based classification system / W.A. Knaus, J.E. Zimmerman, D.P. Wagner, E.A. Draper // J. Crit. Care Med. – 1981. – Vol. 9. – P. 591-597.

Л.Ф. Писарева, Н.В. Чердынцева, А.П. Бояркина,
Л.И. Гурина, М.В. Волков

ДИНАМИКА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ РАКОМ ЯИЧНИКОВ ЖЕНСКОГО НАСЕЛЕНИЯ ПРИМОРСКОГО КРАЯ (1992–2011 гг.)

УДК 618.11+618.14+
618.19]-006.6-02(1-925.17)

Проведен эпидемиологический анализ заболеваемости раком яичников (РЯ) среди женского населения Приморского края за 1992–2011 гг. Выявлено, что РЯ входит в число первых восьми основных локализаций. Среди женского населения Владивостока он встречается чаще, чем среди женского населения Приморского края (без Владивостока). Со временем заболеваемость растет. Согласно прогнозу при условии сохранения выявленных тенденций уровни заболеваемости РЯ к 2017 г. в Приморском крае могут вырасти еще на 16,8–26,6%.

Ключевые слова: заболеваемость, рак яичников, Приморский край, Владивосток.

The incidence of ovarian cancer (OC) among female population of Primorsky krai for the period 1992-2011 was analyzed. OC was detected to be the 8-th most common type of cancer, occurring more frequently among females of Vladivostok city as compared with females of Primorsky krai. OC incidence tends to increase over time. By 2017, OC incidence is expected to rise by 16,8–26,6% in Primorsky krai.

Keywords: ovarian cancer incidence, Primorsky krai, Vladivostok city.

Томский НИИ онкологии: ПИСАРЕВА Любова Филипповна – д.м.н., проф., гл. н.с., pisarevalf@oncology.tomsk.ru, ЧЕРДЫНЦЕВА Надежда Викторовна – д.м.н., проф., зам. по науке; БОЯРКИНА Аля Петровна – н.с., epidem@oncology.tomsk.ru; ГБУЗ «Приморский краевой онкологический диспансер»: ГУРИНА Людмила Ивановна – д.м.н., зам. гл. врача по медицинской части, pkod@front.ru, ВОЛКОВ Михаил Васильевич – гл. врач.

Охрана репродуктивного здоровья, в частности женского, является одной из наиболее важных задач современного общества. Поэтому не удивительно, что проблема рака женских репродуктивных органов находится под неусыпным вниманием медицины. Рак яичника (РЯ) (по МКБ-10

– С56) считается одним из наиболее распространенных и неблагоприятно протекающих опухолевых заболеваний у женщин, лидирующим по числу смертных случаев среди новообразований половых органов [4]. Ежегодно в мире регистрируются 225,5 тыс. новых случаев РЯ и 140,2 тыс. смертей от