

ЛИТЕРАТУРА

1. Бугаева М.И., Андронов И.В., Кириченко Н.А. // Казанский мед. ж. – 1977. – № 2. – С. 9–11.
2. Зарипов Ш.А. Эндоскопическое применение аллогенных препаратов "Аллоплант" в лечении длительно незаживающих язв желудка и двенадцатиперстной кишки: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. – Уфа, 1998.
3. Ивашкин В.Т., Шенгулин А.А. Болезни пищевода и желудка. – М., 2002.
4. Комаров Ф.И., Хазанов А.И. Диагностика и лечение внутренних болезней. Руководство для врачей. – Т. 3: Болезни органов пищеварения и системы крови. – М., 1992.
5. Красильников Д.М. Ранние послеоперационные осложнения у больных язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки. – Казань, 2005.
6. Мингазов Г.Г. Аллогенная плацентарная ткань в хирургической реабилитации больных с послеоперационными костными дефектами челюстей (клинико-экспериментальное обоснование): Автореф. дисс. ... д-ра мед. наук. – Киев, 1987.
7. Нигматуллин Р.А. Раннее восстановление объема, формы и функции молочной железы при хирургическом лечении мастита, узловой мастопатии и доброкачественной опухоли (клинико-экспериментальное исследование): Автореф. дисс. ... д-ра мед. наук. – Уфа, 1998.
8. Сахаутдинов В.Г., Галимов О.В., Гололобов Ю.Н. и др. Эндоскопическая хирургия у детей. – Уфа, 2002. – С. 318–319.
9. McLeod J., Mills P., McKenzie J. et al. // Br. Med. J. – 1983. – Vol. 286. – P. 345–348.

Поступила 22.12.06.

УДК 616.233 – 002.2 + 616.24 – 002.2] – 053.2 – 072.7 : 576.311.335

ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ КЛЕТОЧНЫХ МЕМБРАН ПРИ БРОНХИТАХ И ПНЕВМОНИЯХ У ДЕТЕЙ

Ю.Н. Ахметвалеева, Х.М. Вахитов, О.И. Пикуза, В.Н. Ослопов, А.А. Кораблева

Кафедра пропедевтики детских болезней и факультетской педиатрии с курсом детских болезней лечебного факультета (зав. – проф. О.И. Пикуза), кафедра пропедевтики внутренних болезней (зав. – проф. В.Н. Ослопов) Казанского государственного медицинского университета

В структуре легочной патологии в детском возрасте неспецифические заболевания занимают ведущее место, представляя обширную группу нозологических единиц. В отдельных возрастных группах они составляют до 80% всей заболеваемости, одно из ведущих мест при этом занимают бронхиты и пневмонии, характеризующиеся острым, затяжным, рецидивирующим и хроническим течением процесса [1]. В последнее время активно изучаются маркеры молекулярно-генетического уровня, в том числе чувствительные индикаторы функционирования клеточных мембран [6]. Не исключено, что имеется связь между особенностями ионотранспортной функции плазматических мембран клеток и вариантами формирования бронхолегочной патологии [2, 4]. Для их оценки используют

ENDOSCOPIC APPLICATION OF ALLOGENIC MATERIAL "BIOPANT" ON THE ULCERATIVE LESION

M.A. Nartailakov, R.H. Diveev, G.G. Mingazov, Sh.A. Zaripov, R.M. Valeev

S u m m a r y

The results of complex treatment of patients with gastric and duodenal ulcers by additional endoscopic application of allogenic material "Biopant" were shown. 53 patients of the main group received complex treatment which included application of "Biopant" material, while the 100 patients in the control group received traditional pharmacological therapy. In the control group the healing progressed by developing granulation tissue with a further transformation of the tissue into a cicatrix (by substitution), while in the main group the healing progressed by restitution with a full regeneration of the structure and functional activity of the mucosa. After the endoscopic application of "Biopant" material improvement was seen earlier than in control group with a significant improvement of the general condition in 60,4% of the patients. In a long term course of the disease good results were achieved in 90,4% of the cases in the main group of patients, while in the control group only in 27,5% of the patients.

определение скорости натрий-литиевого противотранспорта (НЛПТ) через мембрану эритроцита. Передача НЛПТ по наследству составляет 80%, причем на 50% она детерминирована полигенным и на 30% – рецессивным моногенным компонентами [5].

Целью настоящего исследования являлась сравнительная оценка скорости НЛПТ при различных вариантах инфекционно-воспалительного поражения бронхолегочной системы у детей.

Исследования проводились на базе пульмонологических отделений детских стационаров г. Казани. Под наблюдением находился 51 ребенок (средний возраст – $13 \pm 1,2$ года). Пациенты были распределены на 2 группы. 1-ю группу составили 30 детей с различными вариантами тече-

ния бронхита (14 мальчиков и 16 девочек), 2-ю (21) – с острой пневмонией (12 мальчиков и 9 девочек). Для диагностики легочной патологии использовался необходимый арсенал клинических, лабораторных и инструментальных методов исследования. Группу сравнения составляли 48 условно здоровых детей. Анализ фоновых заболеваний в этих группах показал, что наиболее часто одновременно с бронхолегочными заболеваниями встречалась патология желудочно-кишечного тракта, преобладавшая в группе детей с бронхитами. В этой же группе чаще встречались дети с симптомами вегетативной дисфункции. Но, как показали наблюдения, последняя патология находилась в периоде ремиссии.

Наряду с клиническим и параклиническим обследованием проводилась оценка функционального состояния клеточных мембран на 1–2-е сутки госпитализации, а также спустя 120 дней от начала заболевания (у 23 детей). На момент взятия крови дети не получали антибактериальной и метаболической терапии. Проницаемость мембраны эритроцита для натрия оценивали по максимальной скорости НЛПТ в эритроцитах (M.Canessa et al., 1980). Для этого измеряли величину различия обмена внутриклеточного лития в загруженных этим ионом клетках на внеклеточный натрий и магний из среды инкубации. Результаты исследования оценивались по средним величинам и с применением квантильного (квартильного) анализа (Г.Ф. Лакин, 1990) распределения величины скорости НЛПТ в мембране эритроцита. Квантили (квант – часть) – это абсциссы вертикальных линий (точки на горизонтальной оси), которые рассекают площадь под кривой плотности распределения (плотности вероятности) всех возможных событий (в нашем случае – индивидуальных величин скорости натрий-литиевого противотранспорта) на равные части. Последнее предполагает одинаковую вероятность попадания случайных величин (т.е. величин натрий-литиевого противотранспорта у каждого обследуемого) в каждую из этих равных частей [3]. Деление на кварталы – это деление площади под кривой плотности распределения на 4 равные части. Все величины выражали в виде цифрового значения количества лития в микромолях на 1 литр эритроцитов в 1 час (мкмоль Li/1 л кл/ч) и в дальнейшем изложении текста для удобства чтения будут опускаться. В группе условно здоровых детей скорость НЛПТ I квартала составляла 63–165,

II – от 166 до 216, III – от 217 до 259, IV – от 260 до 464 мкмоль Li/1 л кл/ч.

В отличие от здоровых ($210,04 \pm 10,04$), в обследованной группе детей с различными вариантами течения пневмоний средние значения НЛПТ составляли $304,95 \pm 20,93$, а у детей с различными вариантами бронхита – $249,92 \pm 11,07$. Анализ полученных данных показал, что различия в скорости НЛПТ при сравнении двух групп значимы ($p < 0,05$). Распределение детей этих групп в кварталах скорости НЛПТ представлено в таблице.

Из приведенных данных видно, что по абсолютным значениям наибольшее число детей, страдающих бронхитом (13 чел. – 43%), вошли в III квартал, а максимальное число больных пневмонией оказалось в IV квартале (13 чел. – 62%). Низкие скорости НЛПТ, лежащие в пределах

Распределение детей двух групп в кварталах скорости натрий-литиевого противотранспорта (в абс./%)

Кварталы	I 63–165 мкмоль Li/1 л кл/ч	II 166–216 мкмоль Li/1 л кл/ч	III 217–259 мкмоль Li/1 л кл/ч	IV 260–464 мкмоль Li/1 л кл/ч
Дети с бронхитом (n=30)	2/7	6/20	13/43	9/30
Дети с пневмонией (n=21)	1/4,7	5/23,8	2/9,5	13/62

I квартала, встречались у детей обеих групп очень редко: при бронхите – у 2 (7%) детей, при пневмонии – только у одного (4,7%). Больных пневмонией в III квартале было всего двое (9,5%), в отличие от детей с бронхитами. Если бы скорость НЛПТ не имела связи с бронхолегочной патологией и не влияла на их развитие, то все больные дети распределялись бы в кварталах равномерно по всей шкале, т.е. по 5–6 человек в каждом квартале при пневмонии и по 7–8 человек – при бронхите (по 25 % от общего числа). Однако в нашем исследовании, как было описано выше, распределение больных происходило неравномерно. Спустя 120 дней при повторном исследовании данного параметра в группе больных бронхитом нами выявлено снижение скорости НЛПТ до $212,01 \pm 10,12$ у 62,96% детей. У 11,11% больных данный показатель имел тенденцию к повышению ($293,11 \pm 10,23$; $p < 0,05$), а у 25,93% оставался неизменным ($241,02 \pm 11,10$).

Таким образом, детям с бронхолегочными заболеваниями свойственны высокие скорости НЛПТ по данным абсолют-

ных величин. При этом скорость НЛПТ у большинства детей, больных пневмонией, является максимально высокой, в отличие от больных бронхитом. По-видимому, данные факты, с одной стороны, можно объяснить влиянием генетической детерминанты, а с другой – не исключено, что повышение текучести мембраны в организме больного ребенка происходит под воздействием активации перекисных процессов, что подтверждается динамическим исследованием данного показателя спустя 120 дней (с учетом смены популяции эритроцитов). Выявлено, что на этих сроках обследования детей скорость НЛПТ у 74,08% детей отличается от исходных значений, что позволяет констатировать влияние средовых факторов на ионтранспортную функцию плазматических мембран клеток.

ЛИТЕРАТУРА

1. Альбицкий В.Ю., Баранов А.А., Камаев И.А. Часто болеющие дети. – Нижний Новгород, 2003.
2. Амиров Н.Б. // Казанский мед. ж. – 2003. – № 3. – С. 169–174.

3. Ослопов В.Н. Значение мембранных нарушений в развитии гипертонической болезни: Автореф. дисс. ... докт. мед. наук. – Казань, 1995.

4. Ослопов В.Н., Лукуза О.И., Кorableва А.А. и др. // Казанский мед. ж. – 2004. – № 2. – С. 85–89.

5. Hardman T.C., Lant A.F. // J. Hypertens. – 1996. – Vol.14. – P. 695–703.

6. Zerbini G., Mangili R., Gabellini D., Pozza G. // Am. J. Physiol. – 1997. – Vol.4. – P.1373–1379.

Поступила 04.05.07.

FUNCTIONAL PECULIARITIES OF CELL MEMBRANES IN CHILDREN WITH BRONCHITIS AND PNEUMONIA

U.N. Akhmetvaleeva, H.M. Vakhitov,
O.I. Pikiza, V.N. Osloпов, A.A. Korableva
Summary

The peculiarities of the sodium-lithium counter-transport through the erythrocyte membrane were studied in 99 children with bronchopulmonary disease. It was established that the velocity of the sodium-lithium counter-transport in most patients with pneumonia is maximally high, unlike patients with bronchitis. In general children with bronchopulmonary disease usually have a high velocity of sodium-lithium counter-transport as shown by absolute values data. The results can be explained not only by genetic determinants, but also by the influence of environmental factors.

УДК 616. 155. 392 – 085. 28 – 06 : 616. 12 – 07

ОТДАЛЕННЫЕ ПОСЛЕДСТВИЯ ЦИТОСТАТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ, ОБЛАДАЮЩЕГО КАРДИОДЕПРЕССИВНЫМ ДЕЙСТВИЕМ, ПРИ ОСТРЫХ ЛЕЙКОЗАХ

Ю.В. Сухоруков, Е.П. Сведенцов, И.А. Докшина, И.В. Варсегов, Л.В. Гоголев

Кировский НИИ гематологии и переливания крови Росздрава

Установление диагноза "острый лейкоз" 20–25 лет назад отождествлялось с неизбежным фатальным исходом. Изучение патогенеза этого заболевания, улучшение методов диагностики и лечения привело к увеличению числа пациентов, выздоровевших от острого лейкоза (ОЛ). Например, в США выживаемость более 5 лет без признаков болезни при остром лимфобластном лейкозе у детей и подростков (возраст до 19 лет) составляет 75 % [8]. Заболевание, для которого ранее не существовало эффективной специфической терапии, фатально завершавшееся в ближайшие 2 месяца, стало принципиально излечимым. Следовательно, по мере увеличения выживаемости и сроков наблюдения за пациентами актуальным становится выявление отдаленных последствий высокоагрессивной терапии острого лейкоза [2, 10]. Данные исследований причин смерти больных с длительной выживаемостью при он-

кологических заболеваниях (в том числе при ОЛ) показывают, что основной причиной смерти в первые десять лет является рецидив основного заболевания. Однако в дальнейшем наиболее частыми причинами смерти становятся осложнения, вызванные терапией, в частности сердечно-сосудистые заболевания [6, 10].

Пациенты, находящиеся в состоянии ремиссии ОЛ более 5 лет, согласно общепринятой практике, считаются выздоровевшими. С учетом того, что риск рецидива острого лейкоза при пятилетней (и более длительной) ремиссии невелик, у пациентов данной категории состояние здоровья и соответственно продолжительность и качество жизни во многом определяются долговременными последствиями воздействия на организм высокотоксичной противоопухолевой терапии [4, 9].

Нарушения функции сердечно-сосудистой системы (ССС), возникающие в пе-