

а также от показателей больных 1-й группы (см. таблицу).

Исследование больных обеих групп в отдаленные сроки показало, что стойкие клинические результаты, стабильные показатели иммунологических и биохимических исследований сохраняются у больных 1-й группы до 12 месяцев, у больных 2-й группы до трех месяцев.

Комплексное лечение обострения ХГП, включающее препараты люцерны посевной, положительно отразилось на состоянии гемодинамики в тканях пародонта. Достоверное улучшение показателей УЗДГ наблюдалось при ХГП легкой степени тяжести на 10-е сутки, а при средней и тяжелой степенях – на 14-е сутки исследования и сохранялись стабильными до 9 месяцев после окончания курса лечения. Через 12 месяцев исследования наблюдалось незначительное снижение Qas и

Qam и повышение Pi и Ri ($p > 0,05$). У больных 2-й группы в результате лечения показатели УЗДГ изменились незначительно, а через 3 месяца наблюдалась отрицательная динамика.

Выводы

Таким образом, комплексное лечение обострения ХГП у больных синингомиелией с применением препарата люцерны посевной внутрь ежедневно из расчета по 2,0 г сухого вещества в течение 10 дней, а также местно 3% водного раствора методом аппликации способствует в более короткие сроки купированию острых явлений воспаления, профилактике осложнений, нормализации индексов ИГ, API и SBI, иммунологических показателей РЖ, состояния перекисного окисления липидов, улучшению кровоснабжения тканей пародонта.

Сведения об авторах статьи:

Мирсаева Фания Зартдиновна – д.м.н., профессор, зав. кафедрой хирургической стоматологии ГБОУ ВПО «БГМУ» Минздравсоцразвития России. Адрес: 450000, РБ, г. Уфа, ул. Ленина, 3. Тел.: 8(347)273-38-06

Мирсаев Тагир Рафаилович – к.м.н., ассистент кафедры неврологии с курсом нейрохирургии и медицинской генетики ГБОУ ВПО «БГМУ» Минздравсоцразвития России. Адрес: 450000, РБ, г. Уфа, ул. Ленина, 3. Тел.: 8(347)272-48-77

Борисова Нинель Андреевна – д.м.н., профессор кафедры неврологии с курсом нейрохирургии и медицинской генетики ГБОУ ВПО «БГМУ» Минздравсоцразвития России. Адрес: 450000, РБ, г. Уфа, ул. Ленина, 3. Тел.: 8(347)279-20-02

Боговазова Лилия Рафаиловна – ассистент кафедры неврологии с курсом нейрохирургии и медицинской генетики ГБОУ ВПО «БГМУ» Минздравсоцразвития России. Адрес: 450000, РБ, г. Уфа, ул. Ленина, 3. Тел.: 8(347)251-62-22

Тимергалина Айгуль Тимерьяновна – ассистент кафедры хирургической стоматологии БГМУ. Адрес: 450000, РБ, г. Уфа, ул. Ленина, 3

ЛИТЕРАТУРА

1. Борисова, Н.А. Синингомиелия / Н.А. Борисова, И.В.Валикова, Г.А. Кучаева. – М.: Медицина, 1989. – 160 с.
2. Дубинина, Е.Е. Активность и изоферментный спектр супероксиддисмутазы эритроцитов в плазме крови человека / Е.Е. Дубинина, Л.А. Сальникова, Л.Ф. Ефимова // Лаб. дело. – 1983. – №10. – С. 30-32.
3. Кирсанов, А.И. Изучение взаимосвязи заболеваний пародонта с общим состоянием организма / А.И. Горбачева // Пародонтология. – 1996. – №2. – С. 41- 42.
4. Лукманова, К.А. Разработка полифункциональных лекарственных средств и биологически активной добавки на основе экстракта травы люцерны посевной: автореф. дисс. ... д-ра мед. наук.-Уфа, 2004. – 41 с.
5. Мирсаева, Ф.З. Состояние тканей пародонта у больных синингомиелией /Ф.З. Мирсаева, Т.Р. Мирсаев, Л.Ф. Губайдуллина [и др.] // Материалы Всероссийской конференции. – СПб., 2003.-С.171-176.
6. Нигматуллин, Р.Х. Динамика содержания свободных аминокислот в биологических жидкостях при лечении больных синингомиелией церебролизатором: автореф. дисс. ... канд. мед. наук. – Уфа, 1996.-21 с.
7. Первушина, Е.В. Содержание биоэлементов и редкоземельных элементов в биосубстратах больных синингомиелией: автореф. дисс. ... канд. мед. наук. – Уфа, 2008. – 21 с.
8. Стальная, И.Д. Метод определения малонового диальдегида с помощью тиобарбитуровой кислоты / И.Д. Стальная, Т.Г. Гарипов // Современные методы в биохимии. – М., 1977. – С. 66-68.

УДК 616-07.75: 616. 24-006

© Н.Я. Лукьяненко, Я.Н. Шойхет, 2011

Н.Я. Лукьяненко^{1,2}, Я.Н. Шойхет²

НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ СУБЪЕКТИВНОЙ ОЦЕНКИ ДЕСКРИПТОРОВ ВРАЧОМ-РЕНТГЕНОЛОГОМ В ДИАГНОСТИКЕ ПЕРИФЕРИЧЕСКОГО РАКА ЛЕГКИХ С РАСПАДОМ И ДОПУЩЕННЫХ ОШИБОК ПРИ ОБРАЩЕНИИ БОЛЬНЫХ В ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЕ УЧРЕЖДЕНИЯ АЛТАЙСКОГО КРАЯ

¹КГУЗ «Диагностический центр Алтайского края»

²ГБОУ ВПО «Алтайский государственный медицинский университет»
Минздравсоцразвития России, г. Барнаул

В данной работе представлены некоторые аспекты субъективной оценки врачом-рентгенологом - основных рентгенодиагностических дескрипторов у больных с формами периферического рака легких с распадом, у которых были допущены диагностические ошибки. Причинами врачебных ошибок в основной группе больных с формами периферического рака

легких с распадом были недостаточность оценки дескрипторов врачом-рентгенологом основных рентгенологических признаков, отсутствие алгоритма своевременного направления пациента из лечебно-профилактического учреждения первичной медико-санитарной помощи в специализированные лечебно-профилактические учреждения.

Ключевые слова: периферический рак легких с распадом, рентгенодиагностические дескрипторы, врачебные ошибки.

N.Ya. Lukyanenko, Ya.N. Shoikhet

SELECTED ASPECTS OF SUBJECTIVE DESCRIPTOR ASSESSMENT BY RADIOLOGISTS IN DIAGNOSIS OF PERIPHERAL LUNG CANCER CAVITARY FORMS AND MEDICAL ERROR ASSESSMENT IN ALTAI REGION MEDICAL AND PREVENTIVE TREATMENT INSTITUTIONS

The paper presents some aspects of the subjective evaluation of X-ray descriptors by radiologists in medical error cases of cavitary form peripheral lung cancer. Medical errors in the main group of patients with cavitary form peripheral lung cancer were found to be due to inaccurate descriptor evaluation of major radiological signs by radiologists, lack of opportune referral from therapeutic and preventive primary health care facility to the level of specialized health care institution.

Key words: cavitary forms of peripheral lung cancer, X-ray diagnostic descriptors, medical errors.

Значительные трудности дифференциальной диагностики форм периферического рака легких с распадом обусловлены тем, что одному синдрому могут соответствовать многие заболевания [1,2,3].

Большое значение в постановке окончательного диагноза играет оценка основных рентгенологических признаков (дескрипторов) врачом рентгенологом [3,4]. Неправильная интерпретация дескрипторов, полученных при рентгенологических исследованиях, особенно при атипичном течении заболевания, приводит к ошибочному диагнозу. Это резко удлиняет сроки постановки окончательного диагноза и снижает эффективность лечения [1,3,4]. Причиной врачебных ошибок у больных с формами периферического рака легких с распадом может быть отсутствие алгоритма своевременного их направления из лечебно-профилактического учреждения первичной медико-санитарной помощи в специализированные лечебно-профилактические учреждения [3,4].

Исходя из этого нам представлялось интересным определение значимости субъективной оценки рентгенодиагностических дескрипторов врачом-рентгенологом у больных периферическим раком легких с распадом, у которых были допущены диагностические ошибки.

Цель. Изучение влияния некоторых аспектов субъективной оценки дескрипторов врачом-рентгенологом на допущенные ошибки в диагностике форм периферического рака легких с распадом и в уровне лечебно-профилактических учреждений, устанавливающих окончательный диагноз.

Материал и методы

В ходе проведенного исследования использованы рентгенодиагностические методы исследования больных с формами периферического рака легких с распадом. В основную группу вошли 79 больных с нераспознанной формой периферического рака легких с рас-

падом вследствие допущенных врачебных ошибок в диагностике при обращении в лечебно-профилактические учреждения. Критерием отбора больных основной группы был срок постановки окончательного диагноза периферического рака легких с распадом позднее 14 дней от даты обращения в лечебно-профилактическое учреждение.

Группа сравнения состояла из 61 больного, у которого диагноз периферического рака легкого с распадом был поставлен при обращении в лечебно-профилактические учреждения в период до 14 дней. Основная группа и группа сравнения были сопоставимы по возрастному составу, социальному статусу и структуре сопутствующей соматической патологии. Возрастной состав основной группы варьировал от 18 до 76 лет, средний возраст - $46,7 \pm 0,4$ года. В группе сравнения возраст больных колебался от 17 до 74 лет и составил в среднем $47,2 \pm 0,6$ года. Основной сопутствующей патологией были гипертоническая болезнь (4,7% и 6,1% $P > 0,05$), хронические неспецифические заболевания легких (12,3% и 14,5% $P > 0,05$), сахарный диабет (2,4% и 1,8% $P > 0,05$). В ходе исследования определены уровни лечебных учреждений и сроки постановки окончательных диагнозов изучаемых патологий. Изучены основные причины врачебных ошибок при установлении окончательного диагноза у больных с формами периферического рака легких с распадом. Рассмотрены основные лучевые методы диагностики (флюорография, рентгенография, линейная томография, компьютерная томография), которые использованы в диагностике основной и группы сравнения лечебно-профилактическими учреждениями, и качество рентгенограмм. Качество рентгенограмм определялось по следующим критериям: полный охват органов грудной клетки; правильность установки пациента; жесткость снимка; четкость снимка; контрастность. Для обработки материала применялись табличный

редактор Excel-5 195 и пакет программ STATISTIKA for WINDOWS 5.5 Statsoft, Ins 1998. Полученные данные обрабатывались с использованием критериев Стьюдента. Различия принимались статистически значимыми при $P \leq 0,05$.

Результаты и обсуждение

Анализ первично установленных диагнозов у больных с формой периферического рака легкого с распадом, у которых были допущены врачебные ошибки в диагностике при обращении в лечебно-профилактические учреждения, показал, что 27,8% пациентов был поставлен диагноз пневмония, 24,2% – абсцесс легкого, 2,5% – силикоз легкого, 31,6% – хроническая неспецифическая болезнь легких (ХОБЛ), 13,9% – туберкулез легких. Правильный диагноз периферического рака легких с распадом в основной группе был поставлен в сроки от 14 дней до 2 месяцев – 31,0% больных, от 3-х до 8 месяцев – 58,7%, более 1 года – 10,3% больных. В группе сравнения первично у 64,0% больных диагноз периферического рака легкого с распадом был поставлен сразу, в том числе при профилактических осмотрах – 14,8% пациентов. У 19,7% больных возникло подозрение на абсцесс легкого, у 13,1% – пневмонии, у 3,3% – ХОБЛ. Окончательный диагноз периферического рака легких с распадом в группе сравнения был установлен в сроки от 1 до 14 дней от момента обращения. С целью определения влияния оценки дескрипторов врачом-рентгенологом на допущенные ошибки в диагностике периферического рака легких с распадом при обращении в лечебно-профилактические учреждения в основной и группе сравнения нами проведен анализ заключений, данных врачами в ходе описания рентгенограмм по стандарт-

ным признакам, характеризующим периферический рак легких с распадом (табл. 1).

Таблица 1
Анализ заключений, данных врачами в ходе описания рентгенограмм периферического рака легких с распадом в анализируемых группах больных

Описанные рентгенологические признаки (дескрипторы)	Основная группа (n=79)			Группа сравнения (n=61)			p
	абс.	%		абс.	%		
		Рс	± m		Рс	± m	
Контур	57	72,2	5,0	54	88,5	4,1	< 0,0018
Локализация	3	3,8	2,15	2	3,3	2,29	>0,87
Полость распада	32	40,5	5,5	38	62,3	6,2	< 0,01
Плотность	3	3,8	2,15	2	3,3	2,29	>0,87
Структура	22	27,8	5,0	34	55,7	6,36	< 0,001
Состояние окружающей ткани	44	55,6	5,6	42	68,8	5,9	< 0,12

Анализ заключений, данных врачами в ходе описания рентгенограмм периферического рака легких с распадом больных основной и группы сравнения, свидетельствовал о недостаточном учете таких рентгенологических признаков, как локализация и плотность образования – 3,8% и 3,3% соответственно, и не выявил достоверных различий между сравниваемыми группами ($p > 0,87$). В основной группе только в 27,8% случаев описана структура образования, в 41,4% – наличие полости распада. В группе сравнения эти показатели выше в 2,0 раза ($p < 0,001$) и на 13,2% ($p < 0,01$) и составляли 55,7% и 62,3% соответственно. Контур образования на 18,2%, состояние легочной ткани, окружающей патологический процесс, на 19,2% чаще описывались врачами в группе сравнения.

Представлял интерес уровень лечебно-профилактических учреждений, установивших диагноз периферического рака легкого с распадом в основной и группе сравнения (табл. 2).

Таблица 2
Анализ уровней лечебно-профилактических учреждений, установивших окончательный диагноз больным периферического рака легкого с распадом в основной и группе сравнения

Группы	Уровень лечебно-профилактического учреждения							
	ЦРБ		город. поликлиники		городские больницы		краевые ЛПУ	
	число	%	число	%	число	%	число	%
Основная группа (n=59)	6	7,6	5	6,3	5	6,3	38	48,1
Группа сравнения (n=57)	17	27,9	14	23,0	16	26,2	2	3,3

Анализ уровня лечебно-профилактических учреждений, установивших окончательный диагноз периферический рак легкого с распадом у больных основной и группы сравнения, свидетельствовал о более эффективной диагностической работе учреждений первичного медико-санитарного звена в группе сравнения. В центральных районных больницах и городских поликлиниках клинический диагноз больным основной группы был установлен в 13,6%, в группе сравнения – в

50,9% случаев. Городскими больницами клинический диагноз установлен 6,3% больных основной и 26,2% группы сравнения.

Клинический диагноз установлен 79,7% пациентов основной группы краевыми или городскими специализированными лечебными учреждениями против 23,0% больных группы сравнения.

Выводы

Причинами врачебных ошибок в основной группе у больных с периферическим раком легких с распадом были:

– недостаточность оценки врачом-рентгенологом основных рентгенологических признаков;

– отсутствие алгоритма своевременного направления пациента из лечебно-профилактического учреждения первичной медико-санитарной помощи в специализированные лечебно-профилактические учреждения или отделения.

Сведения об авторах статьи:

Лукьяненко Николай Яковлевич, к.м.н., зав. отделением компьютерной томографии КГУЗ «Диагностический центр Алтайского края», доцент кафедры лучевой диагностики и лучевой терапии АГМУ. 656011, г. Барнаул, ул. Бехтерева, 45. Тел. раб.: 8(3852) 261561, E-mail: infec@yandex.ru

Шойхет Яков Наумович, д.м.н., профессор, член-корр. РАМН, руководитель НИИ пульмонологии; зав. кафедрой пульмонологии ГБОУ ВПО АГМУ. 656024, Алтайский край, г. Барнаул, Тел. раб. 8(3852) 656015.

ЛИТЕРАТУРА

1. Габуня, Р. И. Компьютерная томография в клинической диагностике / Р. И. Габуня, Е. К. Колесникова. - М.: Медицина, 1995. - 53-131с.
2. Соколов, В.А. Рентгеновская продольная и компьютерная томография в диагностике и дифференциальной диагностике периферического рака легкого / В.А. Соколов, В.М.Карташов, А.И. Пивень // Вестник рентгенологии и радиологии. -1996.-№4.- С. 40-45.
3. Тюрин И. Е. Компьютерная томография органов грудной полости / - И. Е. Тюрин. – СПб.: ООО «ЭЛБИ-СПб», 2003. – 168-276с.
4. Позмогов А. И., Терновой С. К., Бабий Я. С., Лепихин Н. М. Томография грудной клетки / - Киев: Здоровья, 1992. -288с.

УДК 616.61-002.151-022:578.833.29

© Е.А. Давлетова, Б.А. Ибрагимов, А.Ф. Алтынова, Г.Х. Мирсаева, Ф.Х. Камилов, 2011

Е.А. Давлетова, Б.А. Ибрагимов, А.Ф. Алтынова, Г.Х. Мирсаева, Ф.Х. Камилов **ИНТЕНСИВНОСТЬ ПЕРЕКИСНОГО ОКИСЛЕНИЯ У РЕКОНВАЛЕСЦЕНТОВ** **ГЕМОРАГИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКОЙ С ПОЧЕЧНЫМ СИНДРОМОМ**

ГБОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет»

Минздравсоцразвития России, г. Уфа

У 115 пациентов, перенесших ГЛПС, в периоде поздней реконвалесценции методом хемилюминесценции плазмы крови изучено состояние окислительного гомеостаза. Установлена интенсификация свободнорадикального окисления липидов. Усиление окислительных процессов сопровождается гипертриглицеридемией и гиперхолестеринемией. Обсуждаются возможные причины и последствия хронического окислительного стресса у реконвалесцентов ГЛПС.

Ключевые слова: геморрагическая лихорадка с почечным синдромом, реконвалесценты, липопероксидация.

Ye.A. Davletova, B.A. Ibragimov, A.F. Altynova, G.Kh. Mirsayeva, F.Kh. Kamilov **PEROXIDATION RATE IN CONVALESCENT NEPHROSONEPHRITIS** **HAEMORRAGICA PATIENTS**

In 115 survivors of hemorrhagic fever with renal syndrome (HFRS), oxidative hemostasis status has been studied by blood plasma chemoluminescence in the period of late convalescence. Intensification of free-radical lipid oxidation has been revealed. Oxidative processes amplification has been found to be accompanied by hypertriglyceridemia and hypercholesterolemia. Possible reasons and consequences of chronic oxidative stress in HFRS convalescents are discussed.

Key words: nephrosonephritis haemorrhagica/hemorrhagic fever with renal syndrome, convalescents, lipid peroxidation.

Геморрагическая лихорадка с почечным синдромом (ГЛПС) – широко распространенное в различных регионах России тяжелое, природно-очаговое вирусное заболевание [8]. Климатические и природные условия Республики Башкортостан определяют очень высокую активность очага ГЛПС. Только за период с 2000 по 2006 г. на её территории зарегистрировано более 11 тыс. случаев заболевания [5]. Более 75% заболевших при этом составляют мужчины в возрасте 20-50 лет. По прошествии острого периода у реконвалесцентов длительно и стойко сохраняются остаточные явления, а постгоспитальная реабилитация остается во многом проблематичной [2,9,12]. Патогенез ГЛПС сложен, характеризуется системным поражением сосудов, гемораги-

ческим диатезом, гемодинамическими расстройствами, изменениями нейрогуморальной и иммунной систем регуляции [6,11]. Выраженные сдвиги, играющие существенную патогенетическую роль при ГЛПС, наблюдаются в системе окислительно-антиоксидантного гомеостаза, а клиническое выздоровление больных не сопровождается нормализацией параметров этих процессов в организме [4,6]. Универсальность свободнорадикального окисления, являющегося ведущим инструментом обновления микроструктуры и контроля проницаемости биологических мембран, взаимосвязанного с другими важнейшими системами клеточного обмена веществ, характеризует его как интегрального неспецифиче-