

трудновизуализируемых и рентгеннегативных опухолей легких хорошо иллюстрирует ежегодная сводная статистика о состоянии онкологической помощи населению России и РСО-Алании (рис.5) в периоды до и после организации службы бронхоскопической и цитоморфологической диагностики на базе эндоскопического отделения РОД, централизованной цитологической лаборатории и республиканского патологоанатомического бюро.

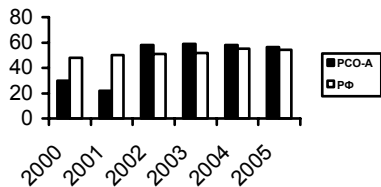


Рис. 5. Морфологическое подтверждение диагноза. По оси абсцисс: частота верификации (%), по оси ординат: анализируемые годы

Ситуация в РСО-Алании такова, что в последние годы процент активно выявленных больных РЛ крайне низок, он в 6 раз ниже, чем в целом по РФ (3% против 18–20% соответственно) [8,12, 18], что отражает низкую эффективность работы врачей. Этот факт может быть связан с недостаточным оснащением диагностических кабинетов и рядом причин экономического характера [17]. В то же время, процент морфологически верифицированных диагнозов РЛ в республике возрос более чем в 2 раза: в 1999 г. – 23,2%, в 2005 г. – 56,5%, что превосходит этот показатель по РФ (52%) [19]. Этот факт не мог не отразиться на улучшении показателя летальности на 1-м году с момента установления диагноза (рис.6). В 2000 году в РСО-Алании этот показатель 46% (по РФ 58%) и имеет стойкую тенденцию к снижению, в 2005 году по РСО-А – 35,1%, по РФ – 54,7%..

Внедрение современных принципов организации онкологической помощи больным РЛ и оптимизация технических приемов диагностики опухолей легких с перибронхиальным ростом в РОД позволило увеличить процент морфологической верификации диагноза до 56,5% (2005 г.) случаев и снизить одногодичную летальность до 35,1%(2005 г.). Рак легкого и, в частности, его немелкоклеточный вариант, является основной причиной смерти от злокачественных новообразований [4, 10, 14]. У подавляющего большинства пациентов болезнь диагностируется на поздних стадиях, когда выполнение радикальной операции уже невозможно, а современные лучевая терапия и химиотерапия имеют лишь паллиативное значение [12, 18].

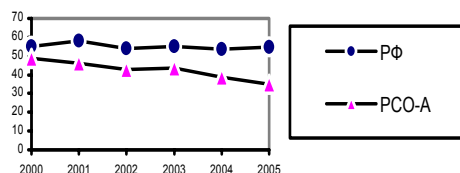


Рис. 6. Летальность на 1-ом году с момента установления диагноза РЛ. По оси абсцисс: летальность (%). По оси ординат: анализируемые годы

Программы ранней диагностики РЛ, включающие выполнение ежегодной рентгенографии грудной клетки и цитологического исследования мокроты, позволили увеличить долю больных с ранними стадиями заболевания, а широкое применение фибробронхоскопии повысило морфологическую верификацию диагноза, что привело к более раннему назначению специального лечения и улучшило отдаленные результаты лечения.

Выводы: Фибробронхоскопия является одним из основных методов диагностики РЛ с цитоморфологическим подтверждением диагноза. Выработанные стандарты подхода к диагностике РЛ в РОД позволили увеличить процент морфологической верификации диагноза до 56,5 %, что превосходит среднероссийский показатель 52%(2005 г.) и снизить одногодичную летальность до 31,5%, что ниже среднефедеративного показателя 54,7% (2005 г.). Использование программ ранней диагностики РЛ обязательно должны включать в себя проведение фибробронхоскопии и БАЛ при наличии у больного жалоб на бронхологическую систему. В 70% случаев трудности эндоскопической диагностики центрального РЛ обусловлены перибронхиальным ростом опухоли. При РЛ с перибронхиальным поражением бронхов 3–5-го порядка основное диагностическое значение имеют эндоскопические

косвенные признаки опухоли, такие как повышенная кровоточивость слизистой (87%); утолщение, разрыхленность, фрагментируемость слизистой при биопсии (69%), ограничение дыхательной подвижности бронха и ригидность стенки бронха (37%), гиперемия слизистой с патологическим сосудистым рисунком (24%). Применение модифицированной методики БАЛ повысило эффективность цитоморфологической диагностики центрального РЛ с преобладанием перибронхиального компонента до 95 %.

Литература

1. Бакулин М. П., Потапова И. А. // Мед. консультация.– 1995.– № 3.– С.37–40.
2. Барчук А. С. и др. // Вopr. онкол.–1997.– № 1.– С.15–21.
3. Брамбиль Е. и др. // Пульмонолог.– 2004.– №6.– С.11–20.
4. Гончаров Ю. Н. // Клини. медицина.– 1994.– № 1.– С.61.
5. Герасин В.А. и др. // Вест. хир.– 1983.– № 6.– С.23–26.
6. Давыдов М.И., Полоцкий Б.Е. // Тер. архив.– 1990.– Т.62, № 10.– С.58–63.
7. Лукомский Г.И. и др. Бронхопульмонология.– М.: Медицина.– 1982.– 399с.
8. Мерабишвили В.М., Дятченко О.Т. // Пpакт. онкол.– 2000.– №3.– С.3–7.
9. Орлов С.В. // Пpакт. онкол.– 2000.– №3.– С.8–16.
10. Орлов А.А. и др. // Клини. медицина.– 1997.– № 1.– С.50.
11. Старинский В.В. и др. // Рос. онкол. ж.– 2002.– №3.– С.39–44.
12. Садовников А.А. и др. // Грудная и сердечно-сосудистая хир.– 2002.– №5.– С.53–59.
13. Таллинский А. П., Бахлаев И. Е. Причины поздней диагностики рака легкого: Тез. 4-го нац. конгр. по болезням органов дыхания.– М.– 1994.– С.908.
14. Трахтенберг А.Х. и др. // Российский онкологический журнал.– 2002.– №4.– С.4–10.
15. Федченко Г.Г. и др. // Пульмонолог.– 2004.– № 6.– С.49–54.
16. Харченко В. П., Кузьмин И. В. Рак легкого: Рук-во для врачей.– М.: Медицина.– 1994.– С.480
17. Чисов В.И. и др. // Рос. онкол. ж.– 2002.– №2.– С.43–45.
18. Чисов В.И. и др. Злокачественные новообразования в России в 2003 г.– М.– 2006.– С.248
19. Чучалин А.Г. и др. Пневмония.– М, 2006.– 462 с.

OPPORTUNITIES OF DIAGNOSTICS PERIBRONCHIAL TUMOURS EASY.

F.M.BASIEVA, T.T.BERYOZOV, M.A. DZODZIKOVA, G.Z. LEKOEV, K.D. SALBIYEV, L.A.SUANOVA, I.P.TOMAEV, A.V. TURIEV

Summary

It was examined 1892 patients by method of fibrobronchoscopy during 5 years. It is revealed 410 malignant cancer easy. For improvement of verification of the diagnosis of a cancer easy the modified technique for bronchoalveolar lavage (BAL) is used and the complex diagnostic approach is produced in fibrobronchoscopy, that has allowed to increase the interest of morphological verification of a cancer easy, and it has in turn affected the reduction of parameters one-year death rates in RSO-Alania

Keywords: cancer, fibrobronchoscopy, guidelines

УДК 616.1246-007.253

ПОКАЗАТЕЛИ МАЛОНОВОГО ДИАЛЬДЕГИДА В ПЛАЗМЕ КРОВИ У БОЛЬНЫХ РЕЦИДИВИРУЮЩЕЙ РОЖЕЙ

А.В.АХОХОВА, Б.С.НАГОЕВ*

Малоновый диальдегид (МДА) – вторичный продукт перекисного окисления липидов (ПОЛ), накапливающийся в крови при синдроме интоксикации и сопровождающий многие заболевания, в том числе и роже. Но при достаточно высоком содержании антиоксидантов в организме образуется лишь небольшое количество продуктов свободно-радикального окисления (СРО), участвующих в регуляции многих физиологических процессов, в т.ч. клеточного деления, ионного транспорта, обновления мембран клеток, в биосинтезе гормонов, простагландинов, в осуществлении окислительного фосфорилирования [3]. Уменьшение же содержания антиоксидантов в тканях (уменьшение антиоксидантной защиты организма – АОЗ) ведет к тому, что продукты ПОЛ начинают производить вместо физиологического патологи-

* Кабардино-Балкарский государственный университет, г. Нальчик

Таблица 3

Показатели содержания МДА в плазме крови в зависимости от клинической формы

Группа обследованных	Период	n	Xmin-Xmax	X±m	P	P ₁	P ₂
Здоровые	-	30	0,4-1,9	1,2±0,07	-	-	-
Эритематозная форма	I	34	2,2-3,0	1,7±0,15	<0,001	-	<0,05
	II	21	1,9-2,0	1,3±0,25	>0,05	>0,05	<0,05
Эритематозно-буллезная форма	I	13	3,2-3,7	2,8±0,07	<0,001	<0,001	-
	II	5	2,5-2,8	2,4±0,06	<0,001	<0,001	-
	III	7	2,0-2,2	1,3±0,09	>0,05	-	-
Эритематозно-геморрагическая форма	I	23	3,2-3,7	3,7±0,05	<0,001	-	<0,05
	II	12	2,8-3,0	2,9±0,08	<0,001	<0,001	<0,05
	III	8	1,9-2,2	2,0±0,04	<0,001	<0,001	<0,05

Примечание: P₂ – достоверность различия к эритематозной форме

Обнаружено повышение активности процессов ПОЛ при рецидивирующей роже, зависящее от периода заболевания и степени тяжести патологического процесса при одновременном снижении АОЗ. При рецидивирующей роже с эритематозно-буллезным течением наблюдались более высокие показатели МДА во всех периодах заболевания по сравнению с эритематозной и эритематозно-геморрагической формами (табл. 3).

В результате проведенных исследований обнаружена зависимость уровня МДА от периода и степени тяжести патологического процесса при роже. При этом не происходит возвращения изучаемого показателя к норме в периоде ранней реконвалесценции у больных с тяжелой и среднетяжелой формой рожи, что свидетельствует о незавершенности патологического процесса в этом периоде. Полученные данные свидетельствуют о важной роли процессов ПОЛ в патогенезе этого заболевания.

Литература

1. Брик Н.И. // Инфекции и антимикробная терапия. – 2001. – №2. – С.42–45.
2. Белов Б.С. Современные аспекты а-стрептококковых инфекций // Ж. доказат. медицины для прак. врачей. Инфекции и антимикробная терапия. – 2001. – Т.3. – №4.
3. Маржохова М.Ю., Иванова М.Р. О значении изучения малонового диальдегида в оценке перекисного окисления липидов: Уч. пособ. – Нальчик: КБГУ, 2002. – 30 с.
4. Покровский В.К., Малеев В.В. // Эпид. и инф. болезни. – 1999. – №2. – С.17–20.
5. Ushima M., Michara M. // J. Immunol. – 1983. – Vol. 130. – P. 17–74.

УДК 616.718./6-616Ю74-001.5-089.84

ЭЛЕКТРОФИЗИОЛОГИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА АДАПТАЦИОННОЙ РЕАКЦИИ ДВИГАТЕЛЬНЫХ ЕДИНИЦ МЫШЦ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ ОРТОПЕДИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ В УСЛОВИЯХ ДИСТРАКЦИОННОГО ОСТЕОСИНТЕЗА

М.С. САЙФУТДИНОВ*

Исследования [1] позволили сформулировать представление о неспецифической адаптивной реакции сенсомоторной системы человека на воздействие длительного дозированного растяжения тканей удлиняемой конечности [2], составляющими элементами которой являются изменения в соматосенсорном анализаторе [1–5] и центральное охранительное торможение мотонейронных пулов, управляющих мышцами нижних конечностей [6–7], что проявляется в снижении электромиограммы (ЭМГ) при попытке их максимального произвольного напряжения. Динамика амплитудно-частотных характеристик (АЧХ) ЭМГ в разные сроки [8] показала неоднородность ЭМГ-паттернов, отводимых от мышц удлиняемого сегмента конечности.

Цель работы – разработка классификации ЭМГ-паттернов мышц нижних конечностей в условиях дистракционного остеосинтеза

* РНЦ «Восстановительная травматология и ортопедия» им. ак. Г.А. Илизарова

ческий эффект. Роль активации процессов СРО липидов у больных рецидивирующей рожей не вызывает сомнения. Именно состояние системы АОЗ организма определяет течение и прогноз заболевания. Определение в плазме крови содержание продуктов ПОЛ, показателей АОЗ организма принято для диагностики липоперекисной патологии и оценки эффективности лечения. Однако нет информации о ПОЛ и АОЗ крови у больных рожей.

Цель работы – изучение показателей СРО и АОЗ у больных рецидивирующей рожей в зависимости от периода, степени тяжести и характера течения патологического процесса.

Материалы и методы. МДА определяли по [5] в реакции с тиобарбитуровой кислотой (ТБК), и потому он является основным компонентом группы ТБК-активных веществ. Рост уровня последних, в т.ч. и МДА, в сыворотке крови являясь отражением процессов ПОЛ, служит неспецифическим маркером широкого ряда патологических состояний.

Под наблюдением находилось 107 больных рецидивирующей рожей различной локализации. У большинства заболевание протекало в эритематозной форме (82), у 15 – эритематозно-геморрагической, у 10 – эритематозно-буллезной. Причем у большинства больных воспалительный процесс локализовался на нижних конечностях (83), у 22 – на коже лица и головы, у 2 – на верхней конечности. У всех наблюдавшихся была рецидивирующая форма рожи. Из них у 16 человек заболевание протекало в легкой форме, у 85 – в средне-тяжелой, у 6 – в тяжелой. Кровь больных обследовали в периоде разгара заболевания, угасания клинических симптомов, ранней и поздней реконвалесценции.

Таблица 1

Показатели содержания МДА в плазме крови в зависимости периода заболевания

Обследуемые	n	X±m	Xmin-Xmax	P	P ₁
Здоровые	30	1,2±0,07	0,4-1,9	-	-
Разгар	98	3,7±0,13	0,5-3,7	<0,001	-
Угасание	100	2,3±0,09	1,9-3,6	<0,001	<0,001
Ранняя реконвалесценция	85	1,5±0,09	1,9-2,4	>0,05	<0,001
Поздняя реконвалесценция	32	1,3±0,07	0,6-2,3	<0,01	<0,001

Примечание: здесь и в табл. 2: 3 – здоровые; P – достоверность различий по отношению к здоровым; P₁ – достоверность различия по отношению к предыдущему периоду

Таблица 2

Показатели содержания МДА в плазме крови в зависимости от степени тяжести

		n	Xmin-Xmax	X±m	P	P ₁	P ₂
Здоровые	-	30	0,4-1,9	1,2±0,07	-	-	-
Легкая форма	I	7	1,9-2,5	1,9±0,16	<0,001	-	<0,001
	II	5	2,2-2,5	1,4±0,23	>0,05	>0,05	<0,001
	III	-	2,0-2,3	-	-	-	>0,05
Средняя тяжесть	I	30	2,8-3,6	3,1±0,08	<0,001	-	-
	II	25	2,5-3,0	2,3±0,05	<0,001	<0,001	-
	III	21	2,0-2,2	1,5±0,09	>0,05	<0,001	-
	IV	6	1,9-2,0	-	-	-	-
Тяжелая форма	I	5	2,9-3,7	4,1±0,06	<0,001	-	<0,001
	II	5	3,2-3,6	3,14±0,13	<0,001	<0,001	<0,001
	III	5	2,0-2,4	2,3±0,09	<0,001	<0,001	<0,001
	IV	3	1,1-2,3	-	-	-	-

Примечание: P₂ – достоверное различие по отношению к среднетяжелой форме

Результаты. Установлен закономерный рост содержания МДА в плазме крови с максимальным значением в период разгара заболевания, более выраженное – при тяжелом течении заболевания и сопутствующей патологии. В период угасания клинических симптомов при положительной динамике заболевания идет достоверное снижение уровня МДА. Уровень изучаемого показателя возвращался к норме в период ранней реконвалесценции при легком течении и оставался достоверно выше нормы при средне- и тяжелом течении, что говорит о незавершенности патологического процесса. При поздней реконвалесценции уровень МДА возвращался к норме, за исключением случаев с тяжелой сопутствующей патологией и осложнениями (табл. 1).