

ряда цитокинов являются участниками сложных внутриклеточных каскадов, экспрессия которых может привести к онкогенной трансформации клеток и развитию пролиферации.

ОШИБКИ ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ ЛУЧЕВОЙ ДИАГНОСТИКИ У ПАЦИЕНТОВ С ОПУХОЛЯМИ ГОЛОВНОГО МОЗГА

*О.В. Могучая, И.Г. Захматов, В.В. Щедренок,
Е.И. Усанов, А.Ю. Улитин*

РНИ нейрохирургический институт
им. проф. А.А. Поленова, г. Санкт-Петербург, Россия

E-mail авторов: igz@bk.ru

Цель исследования: уточнить критерии целесообразности, достаточности и сроков выполнения лучевых методов исследования у пациентов с нейроонкологией, и оценить качество лучевой диагностики на основании его соответствия принятым стандартам объема медицинской помощи.

Материалы и методы. Проведен анализ 231 истории болезни пациентов с опухолями головного мозга, находившихся на лечении в 7 стационарах Санкт-Петербурга в 2009 г., которым в различном объеме выполнены лучевые методы обследования. Выявлены наиболее распространенные ошибки в назначении, трактовке и своевременности выполнения современных методов лучевой диагностики.

Результаты и обсуждение. В 32% случаев пациентам была выполнена только МРТ, данные которой не позволяют в полной мере судить о плотности опухолевой ткани, степени деструкции костных структур при менингососудистой природе новообразования.

У 54% пациентов не была выполнена МРТ, обследование ограничивалось только данными СКТ, которые не дают должного представления о распространении процесса, выраженности перитуморозного отека, степени компрессии и деформации структур головного мозга, окружающих патологический процесс.

Введение контрастного вещества во время выполнения лучевых методов исследования при диагностике опухолей головного мозга отмечено лишь у 68% пациентов.

В соответствии с действующими стандартами и протоколами ведения этих больных оптимальной тактикой обследования является обязательное выполнение МРТ в T1ВИ, T2ВИ и FLAIR режимах в сагиттальной, фронтальной и аксиальной проекциях, с введением контрастного вещества, а также СКТ-исследование с оценкой плотностных характеристик для разных гистологических типов внутримозговых опухолей.

Ангиография, МР-ангиография либо СКТ-ангиография были выполнены только у 8% пациентов, хотя подозрение на вовлечение в процесс основных артерий, глубоких вен мозга и синусов имели место в 17% случаев, то есть более половины пациентов были оперированы без достаточной информации о характере кровоснабжения опухоли.

В 52% анализированных историй болезни контрольные МРТ или СКТ-исследования не были назначены в динамике после выписки из стационара. Оптимальная тактика лучевого обследования в данном случае должна основываться на степени анаплазии опухоли.

При анаплазии 1-2 степени контрольное МРТ-исследование с контрастированием целесообразно назначать через 6 мес. При анаплазии 3-4 степени МРТ с контрастированием необходимо повторять через каждые 3 месяца в течение года после выписки.

Выводы.

1. До настоящего времени не разработан единый алгоритм обследования пациентов с опухолями головного мозга перед операцией, несмотря на наличие целого ряда регламентирующих документов.

2. Для улучшения диагностики пациентам с опухолями головного мозга клиническо-лучевые алгоритмы дооперационного периода должны включать обязательное выполнение МРТ с контрастированием в аксиальной, сагиттальной и фронтальной проекциях, СКТ, а также селективной ангиографии, либо МР-или СКТ-ангиографии при локализации новообразования в области основных артерий, вен мозга или венозных синусов.

ВРАЧЕБНЫЕ ОШИБКИ ПРИ ДИАГНОСТИКЕ МЕЛАНОМЫ КОЖИ

Е.С. Никитина

Саратовский ГМУ им В.И. Разумовского, Россия

E-mail авторов: kiti-ormanti@rambler.ru

Выявлять меланому кожи должны, в первую очередь, врачи первого контакта. Поэтому диагностические ошибки на догоспитальном этапе влияют не только на тактику лечения, но и на прогноз.

Цель исследования: проанализировать причины ошибок в диагностике меланомы кожи на догоспитальном этапе.

Материалы и методы. Анализировались медицинские документы и анамнестические данные. Всего проведен анализ 150 больных, находившихся на лечении в клинике онкологии с 2009 по 2011 годы. Большинство пациентов (89,9%) обнаружили у себя опухоль самостоятельно. При профилактическом осмотре меланома выявлена у 10,1%.

Результаты и обсуждение.

Из анамнеза выяснено, что длительно существующие пигментные образования на коже имелись у 78,7% пациентов. Из них у 28,7% они были врожденными, а у 50 % – появились в течение жизни.

При анализе установлено, что время, прошедшее от появления клинических признаков до обращения к врачу, у большинства больных – 69,6%, составляло от 1 до 12 месяцев. Поводом для обращения к врачу были: быстрое увеличение пигментного образования (у 71,3% больных), кровотечение из очага (у 21,4% пациентов), изменение цвета пигментного образования (у 5,2% больных), появление увеличенных лимфатических узлов (у 2,1% пациентов). Длительность существования указанных выше симптомов различна. Чаще всего они развивались в течение 6 месяцев, что было отмечено 47,3% больными. Активизация за 7-12 месяцев была у 27,1% пациентов, а в срок до двух лет – у 25,6% человек. Не всегда больные обращались к врачу сразу после обнаружения активизации пигментных образований. Это сделали лишь 52,4%. Поздние сроки обращения за консультацией показывают, что население не обладало информацией о необходимости обследования у врачей. Первым пунктом обращения к врачу у всех больных была районная поликлиника. Основное число пациентов (74%) посетили дерматолога или хирурга. Врач первого контакта сразу направил к онкологу 42,7% пациентов. У остальных пациентов действия врачей не были направлены на уточнение диагноза. Часто врач самостоятельно давал рекомендации и назначал лечение без консультации с онкологом и верификации. Подобная тактика, впоследствии приведшая к тому, что все поступили в клинику с изъязвленной, распадающейся или метастатической меланомой, применена у 34,8%. Наблюдение в условиях поликлиники было рекомендовано 22,5% больным. Морфологическое исследование и консультация онколога, в этих наблюдениях, не были использованы. Таким образом, возможности своевременного выявления меланомы врачом поликлиники были упущены.

Выводы.

Анализ ошибок при диагностике меланомы показал, что причинами запущенности больных меланомой кожи являются формальное проведение массовых профилактических осмотров на раннее выявление меланомы и предмеланомных состояний, некачественная диспансеризация лиц с фоновой патологией, недооценка клинических данных, онкологическая неграмотность врачей первого контакта и населения, недостаточное и нерациональное использование эффективных диагностических методов.

НЕДОСТАТОЧНОСТЬ АНТИОКСИДАНТНОЙ СИСТЕМЫ ТКАНЕЙ КАК ВЕДУЩИЙ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЙ ФАКТОР ДЕСТРУКТИВНОГО ДЕЙСТВИЯ ТЕРМИЧЕСКОЙ ТРАВМЫ

Н.В. Полутова, Н.П. Чеснокова, Н.В. Островский

Саратовский ГМУ, г. Саратов, Россия

E-mail авторов: polutovanat@mail.ru

Актуальность проблемы термической травмы определяется ее высокой распространенностью среди всех возрастных групп населения. Так, термическая травма занимает второе место в общей структуре травматизма вслед за механическими повреждениями тканей.

До настоящего момента отсутствуют систематизированные сведения о состоянии процессов липопероксидации при термическом поверхностном поражении кожи, их динамических сдвигах в период острого воспаления и на фоне развития репаративной регенерации.

Цель исследования: изучение состояния процессов липопероксидации и антирадикальной защиты клеток крови больных с ожоговой раной на фоне традиционной комплексной терапии в динамике развития патологии.

Материал и методы.

В работе представлены результаты комплексного клинико-лабораторного обследования 30 больных с поверхностными ожогами (ожог I, II и IIIA степени) в динамике патологии, находившихся на стационарном лечении в Саратовском центре термических поражений в 2007- 2011 гг. Первый забор крови для исследования производился на 1-е сутки патологии, что соответствовало развитию реактивно-воспалительных процессов в ожоговой ране. Второй забор крови осуществлялся на 10-е сутки заболевания. В этот период времени начинался процесс эпителизации раны. Третий забор крови производился на 18-е сутки патологии (период выздоровления).

О развитии системных метаболических сдвигов при поверхностных ожогах кожи судили по степени интенсивности свободнорадикальной дестабилизации клеток крови, в частности по показателям содержания в крови промежуточных продуктов липопероксидации: диеновых конъюгатов (ДК) и малонового диальдегида (МДА). О состоянии антиоксидантной системы крови судили по показателям активности супероксиддисмутазы (СОД), каталазы, уровню витамина Е, SH-групп, которые определялись общепринятыми спектрофотометрическими методами исследования.

Результаты исследования показали, что на 1-и и 10-е сутки с момента развития ожоговой раны отмечались интенсификация процессов липопероксидации и нарастание уровня промежуточных продуктов липопероксидации: МДА в эритроцитах и плазме крови, а ДК в эритроцитах - по сравнению с таковыми показателями контрольной группы. Избыточное накопление промежуточных продуктов липопероксидации сочеталось с недостаточностью механизмов антиоксидантной защиты клеток крови, на что указывало подавление активности СОД и каталазы эрит-