

Практикующий врач**Активность реакций перекисного окисления липидов и содержание антиоксидантов в крови у женщин с воспалительными и опухолевыми заболеваниями яичников**

Антонов А.Р., Блюм Е.Э., Сафронов И.Д.,
Ассадулина Р.Р.

Новосибирская государственная медицинская академия МЗ РФ

В настоящее время известно, что регуляция окислительного стресса в организме осуществляется в значительной степени за счет сбалансированного взаимодействия реакций перекисного окисления липидов (ПОЛ) и механизмов антиоксидантного контроля. По существу, в физиологическом состоянии оксиданты и антиоксиданты представляют собой функциональную систему, находящуюся в динамическом равновесии и приходящую в положение дисбаланса только при патологии.

Поэтому вызывает научный интерес исследование содержания антиоксидантов у больных с воспалительными и опухолевыми заболеваниями яичников при развитии состояния окислительного стресса.

При проведении работы было обследовано 88 женщин (38 – с хроническим сальпингоофоритом и 50 – с раком яичников I-IV стадии) в возрасте от 18 до 64 лет. В качестве контроля была взята группа из 36 практически здоровых женщин, не имеющих в анамнезе хронических воспалительных и опухолевых заболеваний. Активность реакций ПОЛ оценивали по содержанию малонового диальдегида (МДА), а состояние антиоксидантной защиты по уровню α -токоферола и церулоплазмينا в сыворотке крови.

В результате проведенных исследований было установлено, что у больных хроническим сальпингоофоритом отмечается достоверное ($p < 0,05$) увеличение содержания МДА в 1,24 раза, а у больных раком яичника 1,49 раза по сравнению с контрольной группой. В то же время уровень α -токоферола был снижен у больных хроническим сальпингоофоритом в 1,50 раза, а у больных раком яичников в 1,45 раз. Аналогичная тенденция отмечалась для активности церулоплазмينا.

Следовательно, такие нарушения антиоксидантного баланса у больных воспалительными и опухолевыми заболеваниями яичников являются одним из основных звеньев молекулярных механизмов патогенеза окислительного стресса.

Клиника заболеваний легких от воздействия различных промышленных аэрозолей у работников Курской области

Бабкина В.И.

*Государственный медицинский университет,
Центр профессиональных болезней, Курск*

В течение 20 лет под медицинским контролем находится 500 больных с профессиональными заболева-

ниями легких и 1000 работающих в контакте с различными аэрозолями.

Причины, сроки развития и клиника хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ) изучены у рабочих литейных цехов АО «Агроташ». Установлено, что причиной высокой распространенности ХОБЛ и быстрой инвалидизации больных является воздействие на органы дыхания аэрозолей кремнеземсодержащей пыли, сернистого ангидрида, окислов азота и др. Первые признаки болезни – обструкция дистальных бронхов, катаральный эндобронхит, появляются при стаже 4-6 лет. Одышка, сухой кашель, субатрофия слизистой бронхов формируются при стаже 6-8 лет. Стойкий обструктивный синдром, эмфизема легких, атрофия слизистой установлены у рабочих со стажем более 8 лет. У 1/3 наблюдаемых рабочих ХОБЛ сочеталась с силикозом. Прогрессирование ХОБЛ отмечено у всех больных и после прекращения контакта с вредными аэрозолями. Основным производственным фактором у горнорабочих Курской магнитной аномалии является пыль железной руды, сочетающаяся у ряда профессией с вибрацией и шумом. Распространенность пылевого бронхита и сидеросиликоза коррелирует с уровнями запыленности и стажем работы. Ранний признак патологии – обструкция мелких бронхов. У работающих в условиях сочетанного влияния факторов сроки развития пылевой патологии короче в среднем на 2 года, а клинические проявления более выражены и склонны к прогрессированию, чем при действии только пыли.

Динамическое наблюдение за состоянием здоровья рабочих и экспериментальное исследование подтвердили возможное потенцирование вибрацией и шумом патологического действия на легкие пыли железной руды, что проявляется диффузным обструктивным бронхитом, кониотическим очаговым и интерстициальным фиброзом, более выраженным, чем при изолированном влиянии пыли.

У рабочих АО «Курскрезинотехника», имеющих контакт с аэрозолями сыпучих ингредиентов резины (технического углерода, албтакса, каптакса, серы, тиурама и др.), возможно развитие профессиональной бронхиальной астмы (ПБА), хронического обструктивного бронхита (ХОБ), пневмокониоза (ПК). Распространенность ПБА среди работающих составляет – 9%, ХОБ – 12%, ПК – 0,1%.

Ранними признаками воздействия вредных аэрозолей на органы дыхания являются чувство першения в горле, сухой кашель во время рабочей смены, снижение $ОФВ_1$ и состояние гиперактивизации иммунной системы. Группу риска по развитию профпатологии, аутоиммунных и аллергических заболеваний составляют рабочие с лабораторными признаками вторичного иммунодефицита. Наибольшее число таких лиц выявлено при стаже работы 5-10 лет.

Возникновение ПБА не имеет четкой зависимости от стажа работы, что указывает на необходимость оценки иммунного статуса при предварительных и периодических осмотрах наблюдаемого контингента рабочих. ХОБ формируется при стаже работы более

10 лет, ПК – более 12 лет. ПБА, ХОБ у больных, прекративших контакт с вредными аэрозолями, имеют склонность к прогрессированию и частым обострениям. Клинико-рентгенологическая картина ПК у наблюдаемых рабочих соответствует 2S/2S, прогрессирование заболевания не отмечено.

С целью изучения клиники прогрессирования пневмокониозов в течение 20 лет наблюдались 147 больных силикозом. Среди них были 43 рабочих литейных цехов, 56-горнорабочих, добывавших железную руду, 48-шахтеров, добывавших уголь. Стаж работы в условиях запыленности колебался от 7 лет у литейщиков до 10-17 лет у горнорабочих.

Диагноз заболевания установлен в стационаре Курского центра профессиональных болезней в 1980-1983 г. При этом клинико-рентгенологическая картина у всех больных была практически идентична: 1pS/1pS. Жалобы больных выявлялись только при активном опросе, физикальные данные были нормальными.

Через 20 лет наблюдения, в течение которых больные не контактировали с аэрозолями пыли, содержащими диоксид кремния, и проходили медицинскую реабилитацию, выявлены следующие клинико-рентгенологические изменения.

Средний возраст больных достиг 55-60 лет. У литейщиков отмечены выраженная одышка, а в легких рентгенологически - А, 3r, 3t, em/A, 3q, 3t, em. У больных антракосиликозом в клинике появились одышка, сухой кашель, физикально ослабленное дыхание, рентгенологическая картина: 3r, 2t, em/2q, 3t, em.

У больных сидеросиликозом клинику определял обструктивный бронхит, рентгенологически установлено: 3r, 3S, em/A, 2r, 3S, em. Рак легких диагностирован у 4 больных сидеросиликозом.

Отмечено присоединение туберкулеза у 8 больных из 147 наблюдаемых.

Хроническое легочное сердце сформировалось у 147 больных, декомпенсация его выявлена у одной трети наблюдаемых лиц.

Проведенное исследование установило, что силикоз прогрессирует у всех наблюдавшихся больных даже при длительном отсутствии контакта с пылью. Отмечается нарастание фиброзных изменений в легких, развитие эмфиземы легких, обструктивного бронхита. Формирование хронического легочного сердца является логическим этапом завершения болезни, особенно в стадии его декомпенсации.

Состояние поджелудочной железы у больных ревматоидным артритом

Басиева О.О., Зангиева О.Д., Цаболова З.Т.,
Антониади И.В.

*Северо-Осетинская государственная
медицинская академия, Владикавказ*

При ревматоидном артрите особенно неблагоприятен прогноз у больных с системными проявлениями, из которых наименее изучено состояние желудочно-кишечного тракта и поджелудочной железы (ПЖ).

Цель : изучение функции ПЖ у больных РА с учётом различных особенностей течения заболевания.

Материал и методы : обследовано 120 больных РА – 38 мужчин и 82 женщины, средний возраст 47,5 лет. Большая часть больных РА была позитивна по ревматоидному фактору – 78,3 %, а внесуставные проявления заболевания отмечались у 21,6 % больных. Оценивали внешнесекреторную функцию ПЖ путём определения активности α -амилазы сыворотки крови ферментативным методом, липазы – кинетико-кало-риметрическим методом. Реактивы фирмы Sentinel (Италия) и Human GmbH (Германия). При исследовании активности панкреатических ферментов в сыворотке крови у больных РА было отмечено статистически достоверное угнетение амилалитической и липолитической активности сыворотки крови. Так, средний уровень амилазы и липазы при поступлении больных в стационар составил $57,2 \pm 0,7$ МЕ/л, $19,9 \pm 0,2$ МЕ/л соответственно (в контроле $90,3 \pm 0,5$ и $30,7 \pm 0,1$ МЕ/л). Выявлена зависимость активности ферментов ПЖ от длительности заболевания, клинической формы, степени активности воспалительного процесса. Эта зависимость была особенно выраженной при клиническом сопоставлении заболевания с уровнем α -амилазы и липазы. Самые низкие показатели активности ферментов наблюдались у больных с длительностью заболевания более 10 лет, максимальной степенью активности, у больных и системными проявлениями РА. По мере нарастания тяжести заболевания, увеличения степени активности, длительности процесса, содержание ферментов становилось ниже, что связывают с развитием хронических (атрофических, фиброзных) изменений в ПЖ. Уровень сывороточной α -амилазы в группе больных с системными проявлениями заболевания был почти в 2 раза ниже, чем в контрольной группе – $90,3 \pm 0,5$ и $46,3 \pm 0,7$ ($p < 0,001$). Что касается уровня липазы, то наиболее низкие её величины также отмечены у больных с системными проявлениями. Выявлено статистически достоверное угнетение липолитической активности – $25,2 \pm 0,5$ МЕ/л у больных без системных проявлений, $14,7 \pm 0,7$ МЕ/л у больных с висцеропатиями, против $30,7 \pm 0,1$ МЕ/л в контроле ($p < 0,001$). Наряду со снижением активности ферментов, что наблюдалось чаще всего и определяло низкий их средний уровень, в ряде случаев

ев отмечалась гиперферментемия. Анализ этих наблюдений показал, что повышение уровня ферментов в крови обнаруживалось у больных, принимающих глюкокортикостероидные гормоны. В большой степени угнетена липолитическая активность сыворотки крови, в целом снижение уровня липазы было у 67% больных. Повышенной она оказалась у 24%, куда вошли больные, длительное время принимающие глюкокортикостероидные гормоны, неизменённой у 9% больных.

Выводы : принимая во внимание частоту патологии ПЖ при РА, проявляющуюся латентнотекущим панкреатитом со снижением внешнесекреторной функции, показано использование в комплексной терапии РА заместительных ферментов, особенно с учё-