

тарной активности нейтрофилов и альвеолярных макрофагов и др.).

Дифференциально-диагностическими критериями МВ считали: анамнестические (заболевания легких и кишечника в семейном анамнезе, предшествовавшие мертворождения и спонтанные аборт, непрерывно рецидивирующий процесс в бронхолегочной системе с первых месяцев жизни, рецидивирующие заболевания ЛОР-органов), клинические (физическое развитие ниже среднего и низкое, деформация грудной клетки, частый влажный приступообразный (коклюшоподобный) кашель с трудно отделяемой вязкой слизисто-гноющей мокротой, ДН смешанного типа, физикальные изменения в легких – локальное укорочение перкуторного звука, сухие разнотональные и влажные разнокалиберные хрипы; при смешанной форме определяли синдром мальабсорбции); рентгенологические (распространенные деформации бронхолегочного рисунка и ателектазы); бронхоскопические (гноющий и катарально-гноющий эндобронхит, обтурации бронхов вязким слизисто-гноющим секретом); бронхографические (деформации бронхов и цилиндрические бронхоэктазы); функциональные (стойкие обструктивные и рестриктивные нарушения). Патогномичным лабораторным признаком у всех пациентов являлось увеличение содержания хлоридов в поте, превышающее 60 ммоль/л.

Синдром Картагенера характеризовался следующими признаками: анамнестическими (хроническая бронхолегочная патология в генеалогическом анамнезе, рецидивирующие заболевания дыхательных путей с первых недель и месяцев жизни); клинические (частый влажный кашель с отделением слизисто-гноющей мокроты, ДН смешанного типа, усиливающаяся при физической нагрузке, физическое развитие ниже среднего и низкое, физикальные данные – укорочение перкуторного звука над патологически измененными участками легких и распространенные влажные разнокалиберные хрипы); рентгенологические (деформации легочного рисунка и очаговые уплотнения легочной ткани, situs viscerus inversus); бронхоскопические (гноющий и катарально-гноющий диффузный эндобронхит); бронхографические (деформации бронхов и мелкие бронхоэктазы); функциональные (чаще обструктивные нарушения). Другие аномалии и пороки развития (сердца, почек и т.д.) также определялись у пациентов. Исследования двигательной функции мерцательного эпителия показали ее снижение в 3,6-5,2 раза (по сравнению с нормой).

Гипоплазия легкого характеризовалась клиническими (физическое развитие ниже среднего, укорочение перкуторного звука и ослабление дыхания над пораженным легким, односторонние локальные хрипы, смещение средостения в сторону недоразвитого легкого), рентгенологическими (уменьшение в объеме легкого, отсутствие мелких бронхиальных разветвлений), бронхоскопическими (катаральный или катарально-гноющий односторонний бронхит), функциональными (преимущественно рестриктивные нарушения ФВД) признаками.

При поликистозе выявляли клинические (непрерывно-рецидивирующее течение, низкое физическое развитие, кашель с гноющей мокротой, признаки ДН, наличие влажных хрипов), рентгенологические (полостные образования), бронхоскопические (гноющий диффузный двусторонний эндобронхит) и функциональные (выраженные обструктивные и рестриктивные нарушения) критерии.

Таким образом, представленные клинические и параклинические группы признаков данных БЛЗ позволяют

дифференцированно подходить к диагностике ХБ как самостоятельной нозологической формы, так и при наследственных и врожденных заболеваниях.

ИНФОРМАЦИОННЫЙ АНАЛИЗ ВЛАГАЛИЩНОЙ ЖИДКОСТИ

Петров М.Н., Петров И.М.

*Сибирский федеральный университет,
Красноярск, Россия*

В биологическом организме много видов биологической жидкости, анализ которых позволяет диагностировать состояние отдельных органов и организма в целом. Известно, что все полые органы организма являются резервуаром для соответствующих биологических жидкостей (желудочный сок, содержимое кишечника, моча и др.), имеющих строго определенные параметры рН, микроэлементного, белкового, углеводного, липидного и др. составов. Однако, содержимое влаглища до настоящего времени с позиций концепции «биологической жидкости» практически не изучалось и не имело соответствующих диагностических значимых параметров /1/. По данным источника /1/ представлены биохимические параметры влаглищной жидкости в таблице 1. Так же в данной работе отражены основные подходы по диагностике данной жидкости. В последнее время, развивается новое научное направление в диагностике состояния живых организмов на основе исследования кристаллов льда замороженной биологической жидкости по совершенно новому способу, изложенному в работе /2/. Исследуются различные характеристики структур кристаллов льда биологической жидкости, как информационные структуры, отображающие состояния отдельных органов организма. Системность подхода заключается в том, что чем больше биологических жидкостей, одного организма будет исследовано, тем больше будет известно о состоянии организма в целом. В данной статье предлагается исследовать информационную структуру вагинальной жидкости по новому способу. Методика исследования проста, биологическую жидкость замораживают, а затем анализируют кристаллы льда по различным параметрам (цвет, структура граней, форме, размерам, прозрачности и т.д.). Исследования проводятся при помощи микроскопа или если кристалла достаточно большие без него. Для удобства фиксации результатов желателно использовать микроскоп со встроенной цифровой видео камерой с прямым выходом на компьютер. При наличии мощного микроскопа возможно исследование информационных структур размерами равными нанометрам.

Данный способ имеет свои преимущества:

1. простота проведения анализа;
2. не требует дополнительных финансовых затрат в медицинском учреждении, так, как всё необходимое оборудование уже имеется;
3. не требует высокая квалификация специалистов для выполнения анализа;
4. не приносит вред исследуемому организму, так как для исследования используются в основном естественные выделения организма (моча, кал, пот, слюна, слеза, гноющие выделения и т.д.);
5. быстрота проведения анализа в реальном масштабе времени;
6. полнота диагностики так, как можно проанализировать большое количества выделений одновременно и дать системное представление о состоянии организма в целом и отдельных органах организма.

Табл. 1. Основные биохимические параметры влагалищной жидкости у здоровых небеременных женщин репродуктивного возраста (собственные данные)

ПОКАЗАТЕЛЬ (ЕД. ИЗМЕРЕНИЯ)	ВЕЛИЧИНА
Общий белок (г/л)	0,18
Мочевина (ммоль/л)	22,47
Глюкоза (ммоль/л)	4,33
Натрий (ммоль/л)	93,36
Калий (ммоль/л)	31,26
Кальций (ммоль/л)	9,35
Фосфаты (ммоль/л)	6,22
Хлориды (ммоль/л)	92,39
Железо (ммоль/л)	388,58
Медь (ммоль/л)	25,63
Магний (ммоль/л)	0,34
Холестерин (ммоль/л)	6,95
Триглицериды	5,43
Лактат мкмоль/мл	4,89
Пируват мкмоль/мл	0,18
АЛТ (Ед/л)	4,90
АСТ (Ед/л)	67,34
ГГТП (Ед/л)	20,88
ЛДГ (Ед/л)	133,36
Амилаза (Ед/л)	59,48
Щелочная фосфатаза (Ед/л)	89,87
Креатинкиназа (Ед/л)	27,66
pH (Ед)	3,97
Осмолярность (мосмоль/кг)	301,02

Выводы

В статье предлагается новый способ анализа вагинальной жидкости, на основе исследования информационных структур кристаллов замороженной биологической жидкости. Данный способ позволит дополнить возможности диагностики. Способ прост в реализации и не требует дополнительных финансовых затрат на приобретение дополнительного оборудования.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Кира Е.Ф. Биохимические и биологические свойства влагалищной жидкости // Журнал акушерства и женских болезней. <http://www.primer.ru/articles/sti/norma/2.htm>.
2. Петров И.М., Петров М.Н. // Патент RU 2312606 С 1, «Способ диагностики состояния организма», Оpub. 20.12.2007, Бюл. № 35.

СОДЕРЖАНИЕ ОСНОВНЫХ АПОПРОТЕИНОВ В СЫВОРОТКЕ КРОВИ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

Потеряева О. Н.

Новосибирский государственный медицинский университет, Новосибирск, Россия

Введение

Белковые компоненты липопротеинов оказывают стимулирующее влияние на пролиферацию опухолевых клеток (Favre Т.и др., 2006).

Цель исследования

Изучить содержание основных белков липопротеинов низкой плотности - апоВ и липопротеинов высокой плотности – апоА-I в сыворотке крови больных с предопухолевыми и опухолевыми состояниями.

Материалы и методы

Апопротеины исследовали в сыворотке крови 15 пациенток с предраковыми заболеваниями (полипы эндометрия) – I-ая группа и 40 больных различными видами опухолевого роста, в том числе раком тела матки – II-ая группа. Группу контроля составили 40 клинически здоровых женщин и мужчин – III –ья группа.

Результаты

В I группе больных содержание апоА-I начинало снижаться по сравнению с контрольной группой ($77,3 \pm 13,92$ и $106,3 \pm 10,5$ мг/дл, соответственно); в этой же группе наблюдалось достоверное снижение содержания апоВ по сравнению с III ($63,67 \pm 5,24$ и $87,7 \pm 8,41$ мг/дл, соответственно, $P_{1,3} < 0,05$). В группе II с новообразованиями содержание апо А-I в сыворотке крови продолжало снижаться ($62,2 \pm 7,54$ мг/дл, $P_{2,3} < 0,05$). Содержание апо В в группах I и II не отличалось. Выявленные изменения в сыворотке крови стали наиболее показательными при расчете индекса Авагара (отношение апоВ/апо А-I). В первой группе наблюдаемое одновременное снижение содержания апопротеинов А-I и В не изменяло индекс по сравнению с контролем ($0,87 \pm 0,15$ и $0,84 \pm 0,18$). Во второй группе более значительным было снижение апоА-I, при этом индекс увеличивался в 1,6 раза ($1,36 \pm 0,19$, $P_{2,3} < 0,05$).

Выводы

Показано достоверное снижение содержания апоА-I в сыворотке крови больных с различными новообразованиями независимо от вида опухоли и степени роста. Снижение содержания апоА-I начиналось на раннем этапе развития опухоли, когда оно еще не связано с потерей белка с мочой. Предполагаем, что опухолевые клетки “активно” захватывают ЛПВП и используют их для своего внутриклеточного метаболизма. Полученные данные подтверждают наличие у липопротеинов уникальных свойств, связанных с участием их в регуляции внутриклеточного метаболизма.

ДИНАМИКА ПАРАМЕТРОВ 24-ЧАСОВОЙ PH-МЕТРИИ У ПАЦИЕНТОВ С ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ДО И ПОСЛЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПО МЕТОДИКЕ В.И.ОНОПРИЕВА

Семенихина Т.М., Корочанская Н.В., Дурлештер В.М., Шабанова Н.Е., Рябчун В.В.

Российский центр функциональной хирургической гастроэнтерологии, Краснодар, Россия

В последние годы значительно увеличилось количество больных с осложненным течением гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ). В Российском центре функциональной хирургической гастроэнтерологии разработана и успешно применяется с 1992 года технология хирургического лечения ГЭРБ путем создания арефлюксной кардии по методике В.И.Оноприева. В основе данной операции лежит восстановление всех топографо-анатомических элементов арефлюксной кардии: абдоминального отдела пищевода, угла Гиса, клапана Губарева, эзофаго-кардио-фундо-(интер) круральных связок. Целью работы явилось повышение качества хирургического лечения больных с