

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 Авагаро (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

осложненным течением ГЭРБ. *Материалы и методы.* С 2002 по 2008 г в клинике прооперировали по данной методике 48 человек с ГЭРБ, (15 мужчин и 33 женщины в возрасте от 19 до 74 лет, средний возраст 51 ± 4 года). Диагноз ГЭРБ установили по данным эндоскопического и рентгенологического исследований. Суточную рН-метрию проводили до и через 2 месяца после операции с помощью прибора «Гастроскан-24», фирмы «Исток-система» (Фрязино, Россия) с использованием стандартных зондов с 3-мя сурьмяными электродами и накожным хлорсеребряным электродом сравнения. Оценивали: среднее значение рН, % времени с $\text{pH} < 4$, число гастроэзофагеальных рефлюксов (ГЭР), продолжительность самого длительного ГЭР, количество рефлюксов с $\text{pH} < 4$, индекс De Meester. Достоверность определяли по критерию t Стьюдента. *Результаты.*: среднее значение рН в нижней трети пищевода повысилось с $5,86 \pm 0,33$ до $6,51 \pm 0,12$ (N 6-8); снизились % времени с $\text{pH} < 4$ с $24,56 \pm 7,26$ до $2,25 \pm 1,33$, $p < 0,01$ (N < 4,5); число эпизодов ГЭР более 5 мин – с $11,13 \pm 3,22$ до $0,75 \pm 0,41$ рефл./сут, $p < 0,01$ (N < 3,5); самый продолжительный ГЭР – с $36,0 \pm 13,0$ до $6,0 \pm 3,0$ мин, $p < 0,01$ (N < 9,2) и индекс De Meester – с $74,72 \pm 20,76$ до $11,01 \pm 5,49$, $p < 0,05$ (N < 14,72). *Заключение.* Полученные данные свидетельствуют об арефлюксности конструкции вновь созданной кардии, приводящей к нормализации параметров рН-метрии и функционального состояния пищевода-желудочного перехода.

ЭРИТРОМИЦИН В ДИАГНОСТИКЕ МОТОРНЫХ НАРУШЕНИЙ ТОНКОЙ КИШКИ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ ДУОДЕНАЛЬНОЙ НЕПРОХОДИМОСТЬЮ И ГРЫЖЕЙ ПИЩЕВОДНОГО ОТВЕРСТИЯ ДИАФРАГМЫ

Семенихина Т.М., Корочанская Н.В., Оноприев В.В., Рыжих Р.Г., Шабанова Н.Е.

Российский центр функциональной хирургической гастроэнтерологии, Краснодар, Россия

Возможность использования эритромицина, являющегося мотилиномиметиком, для выявления функциональных расстройств мускулатуры тонкого кишечника (ТК) ранее не рассматривалась. У 45 пациентов при комплексном обследовании диагностировали суб- (30 чел., 1-я группа) и компенсированную (15 чел., 2-я группа) стадию хронической дуоденальной непроходимости (ХДН) в сочетании с грыжей пищеводного отверстия диафрагмы (ГПОД). В качестве контроля обследовали 10 практически здоровых добровольцев. Во время манометрии внутривенно вводили 50 мг эритромицина (патент РФ №2312582). Оценивали длительность ритмической фазы сократительной активности (3 фаза), ее продолжительность, частоту сокращений и амплитуду волн давления до и после пробы. До проведения теста в контрольной группе продолжительность сокращений в 3 фазу составила $3,9 \pm 0,3$ сек, их частота – $11,2 \pm 0,2$ /мин и амплитуда волн – $51,6 \pm 3,4$ мм рт.ст. Через 7-14 мин после введения эритромицина начиналась внеочередная 3 фаза: продолжительность сократительной активности была $7,1 \pm 1,2$ мин, сокращений – $3,9 \pm 0,1$ сек, их частота – $11,3 \pm 0,4$ /мин, амплитуда волн – $52,5 \pm 2,6$ мм рт.ст, затем возникала фаза покоя. У больных ХДН в сочетании с ГПОД натошак средняя амплитуда волн (мм рт.ст.) в 1-й группе составила $34,2 \pm 4,1$, во 2-й – $47,9 \pm 3,2$; после теста амплитуда волн в 1-й группе стала $36,7 \pm 2,3$, во 2-й – $49,1 \pm 2,4$. Данный показатель в 1-й группе достоверно отличался от контроля. У всех больных с ХДН и ГПОД достоверных изменений в амплитуде волн до и после пробы с эритро-

мицином не получено. Межгрупповых отличий по продолжительности и частоте сокращений, а также в сравнении с контролем – не выявлено. Следовательно, внутривенное введение эритромицина у здоровых людей не влияет на продолжительность, частоту и амплитуду волн в ритмическую фазу сократительной активности. Это служит аргументом в пользу использования теста у больных с ХДН и ГПОД, поскольку стимуляция сократительной активности позволяет получить необходимые данные о состоянии двигательного аппарата ТК, как одной из причин формирования ГПОД.

ДИАГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ АУСКУЛЬТАЦИИ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ

Субботина В.Г., Папшицкая Н.Ю., Огарева М.В.

ГОУ ВПО «Саратовский ГМУ Росздрава»

В практической деятельности из физикальных методов исследования врачи используют аускультацию в основном в диагностике заболеваний сердца, легких. Сегодня незаслуженно редко применяют аускультацию органов брюшной полости. Нами были изучены (методом случайной выборки) поликлинические карты 126 больных в возрасте от 40 до 76 лет, только в 5 случаях имелось упоминание об аускультации брюшной полости. Также нами было опрошено 23 врача-терапевта с целью выявления причин не использования аускультации брюшной полости при осмотре больного. Выяснилось, что 11 врачей не используют аускультацию, считая ее не информативной, 7 – сослались на отсутствие времени, 5 врачей помимо причин вышеназванных открыто указали на недостаточное знание методик аускультации брюшной полости. Чаще всего аускультацию живота проводят для оценки кишечных шумов, забывая о шумах сосудистого происхождения. Однако, систолический шум в эпигастрии не является редкой находкой. Он, в сочетании с пульсацией в этой области, указывает на аневризму верхних отделов аорты, чревного ствола или брыжеечной артерии. При наличии выраженных болей в животе или спине в сочетании с грубым шумом над брюшной аортой можно думать о её разрыве. Систолический шум над правым верхним квадрантом обычно указывает на наличие опухолей печени. Шум трения брюшины над печенью выслушивается у больных с гепатомами, в 10% случаев при метастатических опухолях печени. Гораздо реже они встречаются при диффузных воспалительных процессах (абсцесс, гепатиты). Следует отметить, что этот шум неспецифичен, не позволяет проводить дифференциальный диагноз его генеза. Непрерывный шум в эпигастриальной области может встретиться у больных с портальной гипертензией, он при форсировании выдоха при проведении пробы Вальсальвы усиливается, указывает на реканализацию пупочных вен. Систолический шум в левом верхнем квадранте может указывать на патологию селезенки (в основном при ее сосудистых аномалиях). Большое значение имеет аускультация почечных сосудов. Появление систолического шума над проекцией почечных артерий свидетельствует об их стенозе, что может явиться причиной артериальной гипертензии. При инфарктах или опухолях печени, селезенки может выслушиваться шум трения брюшины соответственно в правом и левом верхнем квадрантах живота. У больных с большой селезенкой или гораздо чаще с раком поджелудочной железы, сдавливающей селезеночную артерию, также могут выслушиваться сосудистые шумы над селезенкой. Безусловно, проводить аускультацию брюшной полости у всех больных не имеет смысла, но у пациентов, имеющих