

периода молчания в пределах $151,1 \pm 22,4$ мс, среднее значение ИМК составило $0,48 \pm 0,13$. Такой ответ был зарегистрирован у 17% пациентов основной группы и у 72% в контроле. **Паттерн II** проявлялся укорочением ПМ до $118,8 \pm 23,3$ мс и снижением ИМК до $0,25 \pm 0,12$. Для реакции третьего типа было характерно уменьшение длительности ПМ (в среднем до $119,7 \pm 24,6$ мс) в сочетании с незначительным его приростом на увеличение мс. Встречаемость данного ответа в группе детей с СДВГ составила – 56%, в контроле – 13%. Среднее значение ИМК у таких пациентов не превышало $0,15 \pm 0,09$. **Паттерн III** зарегистрирован при СДВГ в 10% случаев и у 3% здоровых детей. Особенностью ответа, соответствующего **паттерну IV** явилось отсутствие подавления произвольной мышечной активности на фоне сохранных ВМО. Подобная картина наблюдалась у 11 пациентов основной группы и у 5% – в контрольной. Следует отметить, что в 6% наблюдений при СДВГ и у 7% здоровых испытуемых ВМО с указанных мышц не был получен.

Таким образом, можно выделить 4 паттерна ПМ: паттерн I соответствует нормальному типу реакции, встречающемуся у здоровых детей.

При СДВГ отмечается укорочение ПМ и снижение ИМК, соответствующее паттернам II-IV.

АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ РАКОМ КОЖИ В КРАСНОЯРСКОМ КРАЕ ЗА ПЕРИОД С 2005 ПО 2007 ГГ.

Побилат А.Е., Арутюнян Г.А.

*Красноярский краевой онкологический диспансер
Красноярск, Россия*

Ежегодно в 1990 – 2000гг. в Российской Федерации регистрировалось от 40,5 до 53, 0 тысяч новых случаев злокачественных новообразований кожи. За указанный период заболеваемость раком кожи возросла на 30%.

Целью данного исследования являлось: провести анализ динамики заболеваемости раком кожи (C44 по МКБ) в Красноярском крае за период с 2005 – 2007 гг., выявить частоту возникновения заболевания у лиц женского и мужского пола. Материалом для исследования послужила официальная отчетность Красноярского краевого онкологического диспансера по форме № 7, 35, 30.

Таблица 1. Динамика заболеваемости по Красноярскому краю

Год	2005г.		2006г.		2007г.	
Заболеваемость общая	22,7		25,0		23,7	
Пол	Муж.	Жен.	Муж.	Жен.	Муж.	Жен.
Заболеваемость	17,6	27,3	20,9	30,2	18,4	28,6

Таблица 2. Динамика заболеваемости по г. Красноярску

Год	2005г.		2006г.		2007г.	
Заболеваемость общая	32,4		42,4		35,3	
Пол	Муж.	Жен.	Муж.	Жен.	Муж.	Жен.
Заболеваемость	26,3	37,4	33,0	50,2	27,3	42,0

На основании полученных данных можно сделать выводы:

- 1) Заболеваемость в г. Красноярске выше, чем в среднем по краю.
- 2) Заболеваемость женского населения выше, чем мужского.
- 3) Пик заболеваемости приходится на 2006 г.

таких случаях противовоспалительное лечение с последующим уточнения диагноза затрачивается от 2 – 4 недель до нескольких месяцев. В связи с этим поиск дополнительных клинико-лабораторных критериев дифференциальной диагностики является актуальным.

К числу иммунохимических маркеров патологических процессов в легких относятся С-реактивный протеин (СРП), плацентарная щелочная фосфатаза (ПЩФ), продукты распада фибриногена (ПДФ), лактоферрин (ЛФ), однако, чувствительность и специфичность соответствующих тестов под воздействием иммуномодуляторов при раке легкого не изучены.

Целью нашей работы явилось сравнительное исследование указанных антигенов в динамике болезни в сыворотках крови 133 больных пневмонией и ХНЗЛ, 11- с доброкачественными опухолями и 153 – раком легких под влиянием комплексного противовоспалительного лечения в течение 3 - 4 недель и последующей иммуностимуляции бактериальным липополисахаридом – пирогеналом в течение 10 – 14 дней (модель ги-

ПИРОГЕНАЛОВЫЙ ТЕСТ В ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОМ ДИАГНОЗЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЛЕГКИХ
Сухарев А.Е., Ермолаева Т.Н., Беда Н.А.
*Астраханское региональное общество
учреждение гуманитарных проблем (АРОУГП)
«ГРАНТ»,
МУЗ ГКБ № 4 им. В.И. Ленина
Астрахань, Россия*

Рак лёгкого часто проявляется под маской «пневмонии» или хронического неспецифического заболевания легких (ХНЗЛ). На проводимое в

пертермического стресса). В контроле без пирогенала исследовали 100 сывороток здоровых взрослых доноров. Использованы методики иммунодиффузионного титрования в агаре для определения СРП и ПДФ, встречного иммуноэлектрофореза - для ПЩФ и иммуноферментного анализа – для ЛФ с соответствующими моноспецифическими антисыворотками и красителями.

Полученные результаты

В крови здоровых доноров СРП, ПЩФ и ПДФ не выявляются указанными методами. ЛФ определяется в количестве от 1-3 мкг/мл. При воспалительных заболеваниях легких частота обнаружения и концентрация СРП в процессе лечения снижаются от 81,2% и 1,4±0,3 мг% до 14,2% и 0,3±0,003 мг%. При раке легкого, наоборот, уровень СРП нарастает по мере прогрессирования заболевания от 72,2% и 0,4±0,07 мг% при I стадии до 96,3% и 1,2±0,12 мг% при IV. Иммуностимуляция пирогеналом позволяет повысить температуру тела до 39°C, выявить СРП-положительных больных среди ложноотрицательных в этих двух группах и смоделировать в течение 2 недель динамические типы кривых СРП, характерные как для незлокачественных заболеваний, так и для рака легких. При доброкачественных опухолях легких СРП в сыворотке крови не определяется во всех случаях.

При доброкачественной легочной патологии ПЩФ данным методом в сыворотке крови не определяется ни до, ни после иммуностимуляции. При раке лёгкого ПЩФ обнаруживается у 14% больных в количестве 2 – 4 ЕД. Под воздействием пирогенала частота обнаружения ПЩФ увеличивается в 5 раз (до 72%), а количество – в два раза (до 8 – 16 ЕД).

Повышенные уровни ПДФ и ЛФ отмечаются у 14 % и 48% больных, соответственно, как при раке, так и при затяжной и хронической пневмонии и не определяются при доброкачественных опухолях легких. После иммуностимуляции происходит неспецифическое повышение количества титра указанных антигенов до 71% случаев во всех группах больных, что объясняется активацией системы «свертывания – фибринолиза» и реакцией нейтрофилов под воздействием гипертермической реакции на пирогенал.

По нашему наблюдению, применение пирогенала, как неспецифического тест-раздражителя, вызывает у больных состояние гипертермического стресса, реакции активации систем адаптации, характерные типы реакций острофазовых белков и позволяет получить лечебный (резорбция очагов хронического воспаления и пневмосклероза) и диагностический эффекты.

С учетом рентгенологической картины полученные данные могут быть использованы в дифференциальной диагностике легочной патологии, а также в контроле лечения затяжных и хронических пневмоний, что позволяет избежать

диагностических торакотомий в случаях резорбции их очагов.

(Научные проекты № 07 – 06 - 00617а и 06-06-00676а поддержаны грантом РГНФ, г. Москва)

РАЗВИТИЕ ГИПЕРПРОЛАКТИНЕМИИ НА

ФОНЕ ПРИЕМА КОМБИНИРОВАННЫХ

ОРАЛЬНЫХ КОНТРАЦЕПТИВОВ У

ЖЕНЩИН С КЛИНИЧЕСКИ

ВЫРАЖЕННОЙ ГИПЕРАНДРОГЕНИЕЙ

Тюрина Е.Э. , Некрасова М. Ф., Потеряева О.Н.
Новосибирский государственный медицинский
университет
Новосибирск, Россия

Цель исследования: показать зависимость повышения пролактина в плазме крови и связанных с ним осложнений от типа используемого контрацептива и наличия у женщины клинически достоверной гиперандрогении.

Материалы и методы Исследовали три группы: I – контрольная (15 человек), женщины без нарушений овариально-менструального цикла. II группа – женщины принимали КОК (60 человек). III - женщины с лабораторно-верифицированной гиперандрогенией, принимавшие КОК (20 человек). Женщины групп II и III обследовались повторно через 10 – 12 месяцев. Уровень пролактина, ТТГ, T₄ общ., T₃ своб., дегидроэпиандростерона сульфата (ДЭАС), тестостерона 17α, гидроксипрогестерона определяли иммунофлюоресцентным методом.

Собственные результаты Уровень пролактина достоверно увеличивался при длительном приеме КОК и сохранял в течение нескольких месяцев после их отмены. Гиперпролактинемия, спровоцированная приемом КОК, была причиной впервые возникшей аменореи. Женщины, исходно имевшие гиперандрогению, реагировали на прием КОК более высокими значениями гиперпролактинемии, время развития которой значительно меньше. Уровень пролактина зависел от химической природы прогестинового компонента КОК. У женщин с гиперандрогенией наблюдалось угнетение секреции ТТГ и снижение T₄ общ. Высокий уровень ДЭАС коррелировал с развитием ранней гиперпролактинемии на приеме КОК.

Выводы Целесообразно до решения вопроса о назначении КОК определять у женщин уровень пролактина в лютенизированной фазе цикла (чтобы фиксировать его максимальное значение) и содержание андрогенов. Обнаружение высоких уровней пролактина и ДЭАС является достоверным признаком дисрегуляции гипоталамо-гипофизарной системы с преобладанием пролактин-стимулирующих влияний.