

С - РЕАКТИВНЫЙ БЕЛОК И ОКИСЛИТЕЛЬНАЯ УСТОЙЧИВОСТЬ ЛИПОПРОТЕИНОВ НИЗКОЙ ПЛОТНОСТИ У ПОЖИЛЫХ БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ (АГ)

**Горшунова Н.К., Украинцева Д.Н.,
Гречко И.И., Федяева Ю.Ю.**

*Государственный медицинский
университет, Курск, Россия*

С целью оценки устойчивости липопротеинов низкой плотности (ЛПНП) к окислению у пожилых больных АГ с различной выраженностью эндогенного воспаления обследовано 74 пациента, средний возраст $65,4 \pm 0,57$ лет. В контрольную группу включили 30 практически здоровых лиц пожилого возраста. Содержание СРБ (мг/л) определяли высокочувствительным иммунотурбидиметрическим методом с использованием набора реагентов «Вуо-Systems» (Испания). Об окислительном потенциале ЛПНП судили по уровню МДА (мкмоль/л) в выделенных липопротеинах, при этом перекисное окисление липидов (ПОЛ) в сыворотке крови предварительно активировали водным раствором $\text{FeSO}_4 \cdot 7\text{H}_2\text{O}$ (Куликова А.И. и соавт., 2008). Активность фермента супероксиддисмутазы (СОД) в у.е./мл определяли спектрофотометрически (Костюк В.А. и соавт., 1990). Достоверных отличий по уровню СРБ между основной и контрольной группами ($2,90 \pm 0,16$ мг/л и $2,84 \pm 0,45$ мг/л) не найдено. При высоком содержании СРБ в субклиническом диапазоне (≥ 3 мг/л) определено повышение концентрации МДА в ЛПНП (3,56; 3,01; 4,87, мкмоль/л) по сравнению с пациентами с низким (2,51; 1,49; 3,11 мкмоль/л), $p < 0,05$ и средним риском сердечно-сосудистых осложнений (2,92; 2,1; 4,0 мкмоль/л), $p = 0,01$; снижение активности СОД (12,7; 11,6; 14,2 у.е./мл) по сравнению с больными с уровнем СРБ в пределах от 1 до 3 мг/л (14,5; 12,8; 16,1 у.е./мл), $p < 0,05$. Анализ корреляционных взаимосвязей выявил прямую связь умеренной силы между концентрацией СРБ и МДА в ЛПНП ($r = 0,44$; $p < 0,001$). Методом множественного пошагового линейного регрессионного анализа выявлена значимость уровня СРБ в снижении окислительной устойчивости ЛПНП ($\beta = 0,359$, $p < 0,05$): $Y = 3,03 + 0,41 \cdot \text{СРБ}$ ($F = 5,5$ $p < 0,05$).

Таким образом, у лиц пожилого возраста установлена различная выраженность неспе-

цифического эндогенного воспаления. Повышение концентрации СРБ ≥ 3 мг/л сопровождалось снижением устойчивости атерогенных липопротеинов к окислению, снижением активности СОД. По данным множественного пошагового регрессионного анализа уровень СРБ являлся независимым фактором, ассоциированным с уменьшением резистентности ЛПНП к окислительной модификации.

ОЦЕНКА РОЛИ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ И СПИРАЛЬНОЙ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ В ДИАГНОСТИКЕ РАКА ЭНДОМЕТРИЯ

**Данилова О.С., Фролова И.Г.,
Величко С.А., Трухачева Н.Г.**

НИИ онкологии СО РАМН, Томск

Актуальность

Рак тела матки входит в число наиболее часто встречающихся злокачественных неоплазий в структуре онкогинекологической. В последние десятилетия наблюдается неуклонный рост данной патологии. Широкое применение хирургических методов лечения делает особенно актуальной точную диагностику локализации поражения, а также оценку степени вовлеченности в патологический процесс смежных органов и лимфатических узлов.

Цель - оценить роль комплексного применения ультрасонографии и мультиспиральной компьютерной томографии в определении степени распространенности опухолевого процесса у больных раком тела матки для адекватного планирования объема оперативного вмешательства.

Материал и методы

В работе представлены результаты исследования 43 пациенток с диагнозом рака эндометрия. Ультрасонография органов малого таза, зон лимфогенного и гематогенного метастазирования выполнялась на аппарате Logiq 5 Expert (GE, США) с применением конвексного и трансвагинального датчиков в режиме серошкального сканирования, энергетического и цветового доплеровского картирования. Спиральная компьютерная томография проводилась на мультиспиральном томографе «Somatom Emotion – 6» с применением внутривенного болюсного контрастирования омнипаком, контрастированием кишечника урографинном при умеренном наполнении мочевого пузыря с построе-

нием мульти-планарных реформаций и объемного изображения. Критериями правильности установления диагноза служили результаты гистологического исследования операционного материала. Стадию заболевания устанавливали в соответствии с общепринятой классификации FIGO (1988г.) и TNM (2003г.). У 19 (44,2%) пациенток была установлена I стадия рака тела матки (T1a-Ib), у 16 (37,2%) – II стадия, у 8 (18,6%) – III стадия. Преобладающим гистологическим вариантом была эндометриоидная аденокарцинома различной степени дифференцировки.

Результаты и их обсуждение

В 93,0% случаев при ультразвукографии диагностировано утолщение срединных маточных структур (наибольший объем опухоли 205 см³), в 7,0% – минимальное утолщение эндометрия до 5 мм при объеме опухоли 0,5 см³. В 51,1% случаев карцинома эндометрия была представлена солидным образованием высокой эхогенности с однородной структурой и неровными контурами, в 32,6% – с наличием изо-/гипоэхогенных зон неправильной формы с неровными и нечеткими контурами. У 32,6% пациенток выявлено расширение полости матки с массивными солидными эхогенными разрастаниями по контуру. При ЦДК в 23,3% случаев (при объеме эндометрия 40,0 см³ и более) визуализированы признаки неоваскуляризации в структуре опухоли со сниженными индексами сосудистого сопротивления (ИР в пределах 0,35-0,45). В 86,0% случаев наблюдалась инвазия опухоли в миометрий, что характеризовалось прерывистостью гипозоногенного ободка, нечеткостью границы с миометрием, наличием цветковых локусов. Инвазия опухоли в шейку матки характеризовалась расширением внутреннего зева (37,2%), визуализацией нижней границы опухоли в данной области и ниже (37,2%), потерей четкости контура стенок цервикального канала на уровне опухолевого поражения (30,2%). Метастазы в подвздошные лимфатические узлы в виде округлых гипозоногенных образований размерами от 12 мм до 35 мм диагностированы у 14,0% больных. Однако спиральная компьютерная томография, включенная в комплекс лучевых методов исследования при раке эндометрия, позволила не только достоверно оценить топографо-анатомические особенности взаимоотношения органов малого таза, но и дополнительно выявить у 4% больных метастатическое поражение лимфатических узлов, что имеет большое значение для планирования адекватного объема оперативного лечения.

ИССЛЕДОВАНИЕ ИПСИЛАТЕРАЛЬНЫХ ДВИГАТЕЛЬНЫХ ОТВЕТОВ ПРИ ПРАВОПОЛУШАРНОМ И ЛЕВОПОЛУШАРНОМ ИНСУЛЬТЕ

Екушева Е.В.

*Первый Московский Государственный
Медицинский Университет
им. И.М. Сеченова,
Отдел патологии вегетативной
нервной системы НИЦ*

У больных с нарушением мозгового кровообращения при транскраниальной магнитной стимуляции (ТМС) с фасилитацией моторных ответов можно зарегистрировать ипсилатеральные вызванные моторные ответы (ипси-ВМО) как при стимуляции интактного, так и пораженного полушария. Данные об исследовании ипси-ВМО при поражении правого и левого полушарий немногочисленны и зачастую противоречивы.

Цель исследования: изучение представленности ипси-ВМО при латерализованном полушарном поражении.

Материал и методы

Обследовано 62 пациента с гемипарезом вследствие правополушарного инсульта (ППИ – 30 пациентов) и левополушарного инсульта (ЛПИ – 32 человека) в бассейне средней мозговой артерии, сопоставимых по среднему возрасту, длительности заболевания и размеру патологического очага, и 20 здоровых испытуемых. Все испытуемые были правшами. Использовали ТМС с фасилитацией двигательных ответов.

Результаты

Ипси-ВМО определялись у двух здоровых испытуемых (10%) только при стимуляции левого полушария. При ТМС пациентов с полушарным поражением в группе в целом достоверно чаще определялось наличие ипси-ВМО при стимуляции непораженного (54,8%), чем пораженного полушария (29,1%). И достоверно чаще воспроизводимые ипси-ВМО на стороне гемипареза наблюдались у пациентов с ППИ – в 70,6% случаев, а при ЛПИ – в 29,4%. При стимуляции пораженного полушария ипси-ВМО на здоровой стороне достоверно чаще наблюдались при ЛПИ – 61,1%, тогда как при ППИ – в 38,9%.

Выводы

Более высокий уровень активирующих процессов в левом доминантном полушарии сохраняется и в условиях латерализованной полушарной патологии, что приводит к расстор-