

можливість швидкого розповсюдження лікарсько-стійких штамів туберкульозу, а у поєднанні з високими рівнями ВІЛ-інфікованості та показників захворюваності на СНІД створюють несприятливу епідеміологічну ситуацію на Одещині.

Висновки

Дослідження рівнів лікарської стійкості мікобактерій туберкульозу до ПТП 1-го ряду у бактеріологічній лабораторії Одеського обласного протитуберкульозного диспансеру дають підстави зробити такі висновки:

1. У 2002 р. порівняно з 2001 та 2000 рр. спостерігається значне зростання показників резистентності до протитуберкульозних засобів 1-го ряду.

2. Більшість резистентних штамів є полірезистентними, тобто стійкими до двох або більше препаратів. Протягом 2000–2002 рр. збільшується частка штамів, резистентних до 3–4–5 препаратів і зменшується кількість монорезистентних штамів.

3. Мультирезистентність, тобто стійкість одночасно до

рифампіцину та ізоніазиду протягом 2000–2002 рр. майже подвоїлася і у 2002 р. дорівнювала 22,4 % від усіх виділених штамів.

ЛІТЕРАТУРА

1. *Епідеміологія, діагностика та лікування хіміорезистентного туберкульозу органів дихання* / Ю. І. Феценко, В. М. Петренко, С. О. Черенько та ін. // Укр. пульмонолог. журн. — 2002. — № 4. — С. 5-12.

2. *Пухлик Б. М. Проблема хіміорезистентного туберкулеза и возможности ее решения* // Там же. — 1999. — № 2. — С. 37-42.

3. *Феценко Ю. І. Петренко В. М., Черенько С. О. Ефективність хіміотерапії хворих з полірезистентним туберкульозом легень* // Там же. — 2000. — № 1. — С. 9-14

4. *Espinal M. A. The global situation of MDR-TB* // Tuberculosis. — 2003. — Vol. 83. — P. 44-51.

5. *Treatment of tuberculosis. Guidelines for national programs* // World Health Organization. — Geneva, Switzerland, 1993.

6. *World Health Organization, International Union Against Tuberculosis. Anti-tuberculosis drug resistance in the world.* — Geneva, Switzerland, 2000.

7. *Pabloz-Mendez A., Gowda D. K., Frieden T. R. Controlling multidrug-resistant tuberculosis and access to expensive drugs: a rational framework.* // Bulletin of the World Health Organization. — 2002. — Vol. 80, N 6. — P. 489-500.

8. *Ritampin- and Multidrug-resistant tuberculosis in Russian civilians and prison inmates: dominance of the Beijing strain family* / F. A. Drobniewski, Y. M. Balabanova, M. Ruddy, L. Weldon // Emerg. Infect. Dis. — 2002. — Vol. 8. — P. 1320-1326.

9. *Yerokhrn V. V., Punga V. V., Rybka L. N. Tuberculosis in Russia and the problem of multiple drug resistance* // Ann. N.Y. Acad. Sci. — 2000. — Vol. 953. — P. 133-137.

10. *Molecular epidemiology and drug resistance of Mycobacterium tuberculosis isolates in the Archangelsk prison in Russia: predominance of the W-Beijing clone family* // O. S. Toungusova, A. Mariandyshv, G. Bjune et al. // Clin. Infect. Dis. — 2003. — Vol. 37. — P. 665-672.

11. *Фешенко Ю.И. Ситуация с туберкулезом в Украине* // Доктор. — 2002. — № 4. — С. 11-14.

12. *Ситуация з мультирезистентного та полірезистентного туберкульозу в м. Києві* / О. А. Журило, Л. В. Турченко, М. Т. Клименко та ін. // Укр. пульмонолог. журн. — 2002. — № 3. — С. 36-39.

13. *Об унификации микробиологических исследований при туберкулезе.* Приказ МЗ СССР № 558 от 8 июня 1978 г.

14. *Наказ МОЗ України № 45 від 06.02.2002 «Про затвердження Інструкції з бактеріологічної діагностики туберкульозної інфекції»* // Зб. норм.-директ. документів з охорони здоров'я. — 2002. — № 2. — С. 63-111.

УДК 612.111;612.115;612.117

М. Б. Піонтковська

ІНФОРМАТИВНІСТЬ ВИЗНАЧЕННЯ ШВИДКОСТІ ОСІДАННЯ ЕРИТРОЦИТІВ КРОВІ У ХВОРИХ НА ВИСОКОДИФЕРЕНЦІЙОВАНІ ФОРМИ РАКУ НАВКОЛОНОСОВИХ ПАЗУХ

Одеський державний медичний університет

Дослідження швидкості осідання еритроцитів (ШОЕ) є одним з найрозповсюдженіших у лабораторній практиці та входить до складу загального клінічного аналізу крові [1–3; 8]. Нормою для чоловіків вважається ШОЕ 2–10 мм/год, для жінок — 2–15 мм/год [2].

Дослідження інформативності та механізмів феномену осідання еритроцитів при різноманітних патологічних станах організму практично давно припинено [1; 6; 7].

Усі дослідники одноставні у тому, що збільшення ШОЕ порівняно з середнім значенням

ШОЕ червоної крові здорової людини може бути показником несприятливих зрушень в організмі.

Втім, при захворюваннях різного етіопатогенезу відмічаються однакові показники ШОЕ: швидкість від 15 до 90 мм/год характерна для усіх нозологічних одиниць без будь-якої закономірності. Диференційно-діагностичне значення ШОЕ незначне.

Однак нагадаймо про існування в медицині двох методологічних підходів до вимірювання діагностичних показників: гомеостатичний (вимірювання у фіксований момент часу) та хроно-



біологічний (вимірювання показника з певною частотою). Слід відмітити немонотонність осідання еритроцитів, виявлену ще А. Л. Чижевським (1980) при визначенні ШОЕ кожні 10–15 хв [7].

Мета роботи — визначення інформативності динаміки ШОЕ у хворих на високодиференційовану форму раку навколоносових пазух на різних етапах діагностики та лікування цієї патології.

Матеріали та методи дослідження

У дослідженні брали участь 12 практично здорових донорів; 9 первинних хворих — на плоскоклітинний високодиференційований рак верхньощелепної пазухи (4 спостереження), пазух гратчастої кістки (3 спостереження), лобових пазух (2 спостереження); 10 хворих у період ремісії після хірургічного лікування плоскоклітинного раку верхньощелепних пазух (8 спостережень) і гратчастого лабіринту (2 спостереження); 14 хворих за 4–6 міс до клінічних проявів рецидиву, лікованих за комбінованою програмою, які мали рак верхньої щелепи (10 спостережень) і гратчастого лабіринту (4 спостереження).

Швидкість осідання еритроцитів визначали за уніфікованим мікрометодом Панченкова [3]. Показник ШОЕ вимірювали кожні 5 хв, визначаючи час проходження границі розділення фаз кожних 0,5 мм (катетометр КМ-6). Для відтворення хронодинаміки ШОЕ дотримувалися таких вимог:

— за 2–3 доби до обстеження пацієнт не повинен допускати будь-яких помилок у харчуванні;

— термоадаптація пацієнта до температури приміщення (20 ± 1) °С не менш ніж 25 хв;

— взяття крові у певний час доби, вранці, на теще;

— заповнення капілярів кров'ю через точно фіксований час після її взяття;

— пауза при заповненні капілярів не більше 30–50 с.

Для кількісної оцінки кривих ШОЕ використовували коефіцієнт девіації K_g :

$$K_g = \frac{ШОЕ_{\max}}{ШОЕ_{\min}}$$

де $ШОЕ_{\max}$ і $ШОЕ_{\min}$ — максимальні та мінімальні показники ШОЕ за період спостереження.

Результати дослідження та їх обговорення

Визначено динаміку ШОЕ (рисунок) та коефіцієнт девіації (таблиця).

Слід наголосити, що відтвореність патернів динаміки ШОЕ та показника K_g для одного й того ж досліджуваного протягом 2–3 діб згідно з вищенаведеними умовами достатньо висока.

Динамічний патерн ШОЕ первинних хворих вірогідно відрізнявся від патерну донорів і характеризувався виразним піком у часовому інтервалі від 35 до 55 хв.

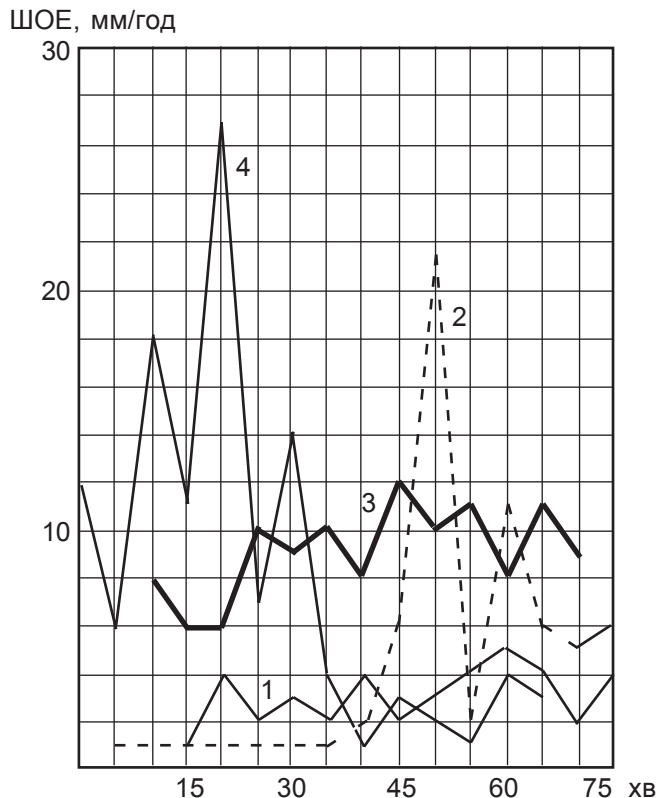


Рисунок. Динаміка швидкості осідання еритроцитів: 1 — практично здоровий донор, 49 років; 2 — хворий 3., 56 років, клінічний діагноз: рак правої верхньощелепної пазухи $T_2N_0M_0$, плоскоклітинна форма без зрговіння; 3 — той же хворий за 18 міс після хірургічного лікування (ринотомія за Денкером з видаленням пухлини); 4 — той же хворий через 25 міс після хірургічного лікування, рецидив через 4 міс

Патерн ШОЕ у період ремісії характеризувався меншим K_g , ніж у первинних хворих.

Ретроспективно встановлено, що за 3–6 міс до клінічних проявів рецидиву K_g різко зростав.

Відомі результати дослідження властивостей еритроцитів периферичної крові у хворих на злоякісні пухлини різних локалізацій. Зміни форм еритроцитів та ушкодження їх мембран спостерігаються при розвитку ракових пухлин, однак виразність порушень коливається залежно від локалізації новоутворень. V. Djaldette et al. (1995), І. Л. Теодор і співавтори (1984) запропонували метод визначення ехіноцитозу для ранньої діагностики новоутворень глотки та гортані [5; 9].

За даними А. В. Півника і співавторів (2000), деформація мембрани еритроцита може сприяти внутрішньоеритроцитарному гемолізу, який в свою чергу може впливати на процеси розвитку пухлини: N-кінцеві фрагменти гемолізу гемоглобіну (α -1-31) здатні стимулювати проліферацію трансформованих клітин [4].

Динаміка ШОЕ деякою мірою пов'язана зі швидкою асоціацією еритроцитів і формуванням у крові розгалуженої сітки монетних стовпчиків. Монетні стовпчики у здорових досліджуваних (0,05–0,07 % деформованих еритроцитів)



Коефіцієнт девіації у здорових досліджуваних і хворих на високодиференційовані форми раку верхньощелепної пазухи

| Група | Кількість обстежених | Коефіцієнт девіації | | |
|--|----------------------|---------------------|--------|-----|
| | | min | серед. | max |
| Практично здорові добровольці | 12 | 3 | 8 | 12 |
| Хворі: | | | | |
| первинні до біопсії | 9 | 15 | 25 | 40 |
| період ремісії, 18–24 міс після хірургічного лікування | 10 | 2 | 12 | 16 |
| за 4–6 міс до клінічних проявів рецидиву | 14 | 19 | 33 | 53 |

стійкіші, ніж у хворих на злоякісні пухлини (2,2–8,4 % деформованих еритроцитів). Порушення стовпчика внаслідок високої лабільності деформованих еритроцитів тягне за собою каскад порушень сусідніх, при цьому спостерігається високе значення ШОЕ. Потім знову виникає стан нестійкої рівноваги, а за ним — новий каскад порушень.

Висновки

1. Осідання еритроцитів в умовах уніфікованого вимірювання клінічного показника ШОЕ є немонотонним процесом.

2. Існує різниця між динамікою ШОЕ у здорових донорів і хворих на високодиференційовані форми раку навколоносових пазух на різних етапах діагностики, лікування та моніторингу.

3. Визначення динамічного патерну ШОЕ може бути використане для ранньої та вчасної діагностики рецидивування.

ЛІТЕРАТУРА

1. Бурчинский Г. И. Реакция оседания эритроцитов. — К.: Госмедиздат УССР, 1948. — 120 с.
2. Клинический диагноз — лабораторные основы / Под ред. В. В. Меньшикова. — М.: Лабинформ, 1997. — 320 с.
3. Лабораторные методы исследования в клинике: Справочник / В. В. Меньшиков, Л. Н. Делекторская, Р. П. Золотницкая и др.; Под ред. В. В. Меньшикова. — М.: Медицина, 1987. — 368 с.
4. Изменения внутриэритроцитарного протеолиза гемоглобина при онкологических заболеваниях / А. В. Пивник, Т. Н. Моисеева, И. В. Карпова и др. // Гематология и трансфузиология. — 2000. — № 4. — С. 14-18.
5. Значение определения эхиноцитоза в целях ранней диагностики новообразований гортани и глотки / И. Л. Теодор, А. И. Морозов, Т. А. Рогачикова и др. // Вестн. оториноларингологии. — 1984. — № 5. — С. 37-40.
6. Чижевский А. Л. Электрические и магнитные свойства эритроцитов. — К.: Наук. думка, 1973. — 94 с.
7. Чижевский А. Л. Биофизические механизмы реакции оседания эритроцитов. — Новосибирск: Наука, 1980. — 177 с.
8. Chien S. Blood cell deformability and interaction: from molecules to micromechanisms and microcirculation // Microvas. Res. — 2002. — N 3. — P. 243-254.
9. Severe alteration of red blood cells from the vessels of colorectal tumors / W. Djaldetti, P. Fishman, C. Chaimoff et al. // Arch. Pathol. Zab. Med. — 1995. — N 1. — P. 62-64.

УДК 618.11-006-055.2

О. П. Пересунько, Сухаель Бен Мухамед Саїді

ДІАГНОСТИЧНА ЦІННІСТЬ ВИЗНАЧЕННЯ ПРО-І АНТИОКСИДАНТНИХ ПОКАЗНИКІВ КРОВІ У ЖІНОК З ПУХЛИНАМИ ЯЄЧНИКІВ

Буковинська державна медична академія, Чернівці

Диференційна діагностика пухлин яєчників є актуальною проблемою гінекології та онкології. Навіть інтраопераційне гістологічне дослідження видаленої пухлини яєчників не є абсолютно вірогідним [1]. Згідно з даними сучасних наукових досліджень, серед існуючих методів діагностики немає та-

кого, який міг би точно визначити належність пухлини яєчників до доброякісних або злоякісних. Це призводить до того, що рак яєчників виявляється лише на пізніх стадіях у 80 % осіб [1].

У нашій роботі показана спроба біохімічного підходу до діагностики пухлин яєчників. На

відміну від численних робіт, в яких апробуються апаратні (ультразвук, комп'ютерна томографія, магніторезонансна томографія), морфологічні та імуноферментні (CA-125) методи діагностики [2–4], у вітчизняній та зарубіжній літературі незаслужено мало уваги приділяється біохімічним дослі-

