

лости (ВСОП) у 42,1% (различие достоверно: $t=2,15$; $p<0,05$), из препаратов НСОП у 10,5% (различие в сравнении с показателями ВСОП достоверно: $t=2,30$; $p<0,05$), из препаратов КТПО бактериологические посеы во всех наблюдениях были отрицательными.

При изучении морфологических характеристик вышеуказанных зон остеомиелитического очага установлено, что ВСОП представлена компактным обызвествлением с облитерированными гаверсовыми каналами, большим количеством нейтрофильных лейкоцитарных инфильтратов и микробных тел, а также патологическими грануляциями, обедненными клеточными элементами, обнаруживаются микроабсцессы. НСОП секвестральной капсулы состояла из умеренного «разряженного» остеосклероза, гаверсовые каналы сужены, но содержали кровяные элементы, изредка определялись лейкоцитарные и лимфоидные инфильтраты. КТПО была представлена в большинстве наблюдений костной тканью, содержащей слабо выраженный остеосклероз, расширенные гаверсовые каналы, макрофаги, большое количество остеобластов; в 10,53% наблюдений заключение было следующим: «Костная ткань обычного строения».

Развитие рецидива у пролеченных больных констатировано в группе наблюдения у 4 ($8,3\pm 4,0$) больных против 10 ($24,4\pm 6,7$) в группе сравнения ($t=2,06$, $p<0,05$; различие достоверно).

Таким образом, морфологически и бактериологически нами выявлена неоднородность структуры костной ткани на различных участках остеомиелитического очага и перифокальной области. При этом структуры ВСОП и

НСОП несут изменения деструктивно-дегенеративного характера. Строение КТПО обусловлено местными приспособительными реакциями организма, направленными на отграничение патологического процесса, с наличием зрелых тканевых пролиферативных факторов. Клинические результаты исследований демонстрируют целесообразность широкого использования при лечении хронического остеомиелита трубчатых костей пла-стики ОКП аутогенной костной «стружкой» из перифокальной области.

ЛИТЕРАТУРА

1. Амирасланов Ю.А., Светухин А.М., Митиш В.А., Борисов И.В. Хирургическое лечение хронического остеомиелита длинных костей. // Хирургия. – 2000. - №5. - С.30-33.
2. Али-Заде Ч.А. Отдаленные результаты комплексного лечения больных хроническим гематогенным остеомиелитом. // Хирургия. - 2000. - №8. - С.42-44.
3. Гостищев В.К. Основные принципы этиотропной терапии хронического остеомиелита. // Хирургия. -1999. -№9. - С. 38-42.
4. Никитин Г.Д., Рак А.В., Линник С.А., Салдун Г.П., Кравцов И.А., Агафонов И.А., Фахрутдинов Р.З., Хаймин В.В. Хирургическое лечение остеомиелита. //С.Пб. - «Русская графика». - 2000. - 288 С.
5. Рябов В.И., Шарпарь В.Д., Корепанов В.В., Комолкин И.А. Ортопедические проблемы последствий острого гематогенного остеомиелита у детей. // Диагностика и лечение гематогенного остеомиелита. – Ижевск: Экспертиза, – 2000. – С.188-191.
6. Светухин А.М., Амирасланов Ю.А., Борисов И.В. Способ хирургического лечения хронического остеомиелита длинных костей. //Анналы хирургии. - 2001. - №1. - С.65-69.

N.S.Strelkov, A.N.Gavrilov

REGENERATIVE TREATMENT OF THE CHRONIC OSTEOMYELITIS OF TUBULAR BONES

Syktivkar, Russia

ABSTRACT:

To replace long bony defect resulted after radical (necrosectomy) treatment of chronic osteomyelitis, the authors developed a procedure by using osseous tissue from perifocal area. Using the proposed procedure yielded improved outcomes of treatment and reduced length of organization transplantant with bony cavity.

© I.A.Tabanakova, 2007

И.А.Табанакова

ФИБРОБРОНХОСКОПИЯ (ФБС) И БРОНХОАЛЬВЕОЛЯРНЫЙ ЛАВАЖ (БАЛ) В ДИАГНОСТИКЕ И ПРОГНОСТИЧЕСКОЙ ОЦЕНКЕ БОЛЬНЫХ ФИБРОЗНО-КАВЕРНОЗНЫМ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ

ФГУ «СПбНИИ фтизиопульмонологии Росздрава», Санкт-Петербург, Россия

АБСТРАКТ

Проведено 76 исследований ЖБАЛ у 50 больных в возрасте от 16 до 63 лет с ограниченным ФКТ (22); распространенным, односторонним ФКТ (17) и двусторонним ФКТ (11) с исследованием клеточного состава жидкости БАЛ из пораженного и контрлатерального легкого.

Установлено значительное преобладание нейтрофилов Н (64,34 – 83,7%) в ЖБАЛ. Достоверные различия содержания альвеолярных макрофагов (АМ) в ЖБАЛ из пораженных сегментов (12,27 – 22,43%) у больных в фазе прогрессирования и относительной стабилизации процесса сопровождалась достоверной разницей активности аденозиндезаминазы (АДА) ЖБАЛ (9,36 – 1,8ед/л соответственно). Резко выраженный катаральный эндобронхит сопровождался разницей активности АДА в пораженных и непораженных сегментах легкого более, чем в 2 раза (от 3,2 до 6,6 ед/л), а также увеличением числа Н до 87,8% в ЖБАЛ из поврежденно-легкого. Распространенный гнойный процесс в бронхиальном дереве характеризовался стойким увеличением количества Н (до 81%) и самой высокой активностью АДА (8,1-9,5 ед/л) в ЖБАЛ вне зависимости от места забора материала.

Повышение общей активности АДА коррелировало с наличием активного туберкулеза бронхов (АТБ) или гнойного эндобронхита ($r=0.44$; $p < 0.05$). У больных с распространенным ФКТ легких в фазе прогрессива-

ния, с наличием выраженного специфического или неспецифического воспаления в бронхиальном дереве повышение общей активности АДА коррелировало с развитием специфических осложнений ($r=0.34-0,44$; $p < 0.05$).

Ключевые слова:

фибробронхоскопия, бронхоальвеолярный лаваж, аденозиндезаминаза.

Фибрино-кавернозный туберкулез (ФКТ) легких представляет собой завершающую форму прогрессирующего туберкулезного процесса, отличающуюся хроническим волнообразным течением с повторными обострениями, увеличением протяженности поражения и очагового обсеменения и различными осложнениями.

Настоящее исследование предпринято с целью выяснения перспективности использования данных эндоскопического исследования и определения активности АДА в ЖБАЛ для оценки активности воспалительного процесса и прогноза при ФКТ легких.

Материалы и методы:

Обследовано 50 больных ФКТ легких в возрасте от 16 до 63 лет (средний возраст составил 34,7 лет) с января 2003г. по ноябрь 2005г. Мужчин-35 (70,0%), женщин-15 (30,0%). У всех больных выявлена множественная лекарственная устойчивость (МЛУ) микобактерий туберкулеза.

По рентгенологическим данным, у 22 больных процесс был ограничен одной долей, у 17 больных – одним легким (распространенный, односторонний ФКТ) и у 11 процесс был двусторонним. У 35 больных констатирована фаза прогрессирования ФКТ, у – 15 фаза относительной стабилизации.

ФБС проводилась по стандартной методике фибробронхоскопиями ВГтип ТЕ, Е («Olympus») под местной анестезией 2% раствором лидокаина после проведения комплексного обследования, включающего клинические, лучевые и функциональные методы исследования. При ФБС всем больным выполнялся диагностический бронхоальвеолярный лаваж по стандартной методике. Всего проведено 76 исследований ЖБАЛ с исследованием клеточного состава жидкости БАЛ из пораженного и контрлатерального легкого. Нормальным считали следующий состав бронхиальной порции жидкости БАЛ: альвеолярные макрофаги (АМ) – 64-88%, Нейтрофилы (Н) 5-11%, Лимфоциты (Л) – 2-4%, Эозинофилы (Э) – 0-0,5%. За норму активности АДА в жидкости БАЛ считали показатели $0.30 \pm 0,19$ Ед/л.

Результаты и обсуждение:

Эндоскопическая картина только у 2 (4%) больных исследуемой группы была нормальной, у всех из них была констатирована фаза относительной стабилизации ФКТ. У половины больных (23 – 46%) были выявлены умеренно выраженные воспалительные изменения слизистой оболочки бронхов, которые не зависели от фазы специфического процесса. Резко выраженный катаральный эндобронхит (8 – 16%) или гнойный (5 – 10%) практически всегда наблюдались в фазе прогрессирования, причем гнойный эндобронхит всегда на стороне поражения. Посттуберкулезные рубцовые изменения слизистой оболочки (7 – 14%), даже при неизменной внешне слизистой, всегда соответствовали фазе прогрессирования. Активный туберкулез слизистой оболочки крупных бронхов был выявлен и гистологически подтвержден у 5 (10%) больных, всегда в фазе прогрессирования.

При исследовании клеточной популяции ЖБАЛ, полученной на стороне поражения, а при одностороннем процессе и из контрлатерального интактного легкого, установлено значительное преобладание нейтрофилов, тогда как у здоровых лиц, судя по литературным данным, их доля не превышает 5-11%. Достоверные различия клеточного состава в ЖБАЛ из пораженных сегментов у больных в фазе прогрессирования и относительной стабилизации процесса по клинико-рентгенологическим данным сопровождалась достоверной разницей активности АДА ЖБАЛ. Согласно полученным данным, т.н. интактное легкое по клеточному составу и активности АДА в ЖБАЛ существенно не отличается от пораженного легкого больных ФКТ в фазе относительной стабилизации процесса.

Таблица.

Клеточный состав и значения АДА в ЖБАЛ у больных ФКТ в зависимости от фазы процесса

Показатели	Фаза прогрессирования	Фаза относительной стабилизации	Рентгенологически интактное легкое
Л%	$1,0 \pm 0,27^*$	$3,95 \pm 1,76$	$3,36 \pm 0,91$
АМ%	$12,27 \pm 1,86^*$	$22,43 \pm 5,23$	$29,19 \pm 3,75$
Н%	$83,7 \pm 4,19^*$	$65,6 \pm 7,21$	$64,34 \pm 4,18$
АДА ед/л	$9,36 \pm 1,12^*$	$1,8 \pm 0,36$	$2,75 \pm 0,53$

* - различие достоверно по сравнению с рентгенологически интактным легким и фазой относительной стабилизации процесса ($p < 0,05$)

Диффузный резко выраженный катаральный эндобронхит сопровождался разницей активности АДА в пораженных и непораженных сегментах легкого более, чем в 2 раза (от 3,2 до 6,6 ед/л), а также увеличением числа Н до 87,8% в ЖБАЛ из поврежденного легкого. Распространенный гнойный процесс в бронхиальном дереве характеризовался стойким увеличением количества нейтрофилов (до 81%), как показателя присоединения неспецифического компонента воспаления, и самой высокой активностью АДА ($8,1-9,5$ ед/л) в ЖБАЛ вне зависимости от места забора материала.

Отсутствие разницы в клеточном составе и активности АДА между поврежденным и контрлатеральным легким при наличии активного туберкулеза крупных бронхов оказалось вполне логичным, т.к. наличие гистологически подтвержденного активного специфического воспаления свидетельствует о фазе прогрессирования ФКТ. Значительную разницу в показателях активности АДА в сторону увеличения ($8,1 \pm 7,6$ ед/л) из, казалось бы, неповрежденных сегментов можно объяснить обострением ФКТ легких в этот момент.

Повышение общей активности АДА коррелировало с наличием АТБ или гнойного эндобронхита ($r=0.44$; $p < 0.05$). У больных с распространенным ФКТ легких в фазе прогрессирования, с наличием выраженного специфического или неспецифического воспаления в бронхиальном дереве повышение общей активности АДА коррелировало с развитием специфических осложнений ($r=0.34-0,44$; $p < 0.05$).

Contact Information:

Dr. Irina Tabanakova

E-Mail: spbniif_all@mail.ru

Выводы:

Клеточный состав и уровень активности АДА жидкости бронхоальвеолярного лаважа отражает фазу и активность специфического процесса в пораженном легком.

При одностороннем ФКТ в рентгенологически интактном контрлатеральном легком выявляются изменения клеточного состава и активности АДА, свидетельствующие о его вовлечении в специфический процесс.

Наличие активного туберкулеза крупных бронхов свидетельствует о фазе прогрессирования специфического процесса и существенно повышает риск развития послеоперационных осложнений.

Существует прямая связь распространения специфического поражения, фазы ФКТ, эндоскопических данных и показателей ЖБАЛ с развитием специфических послеоперационных осложнений.

I.A.Tabanakova**FIBEROPTIC BRONCHOSCOPY AND BRONCHOALVEOLAR LAVAGE IN DIAGNOSTICS AND PROGNOSTIC EVALUATION OF THE PATIENTS WITH FIBROCAVERNOUS TUBERCULOSIS***Saint-Petesburg, Russia***ABSTRACT:**

It was carried out 76 analyses of the bronchoalveolar lavage liquid at the fifty patients at the age from 16 till 63 years old with restricted FCT (22); extensive, unilateral FCT (17) and bilateral FCT (11). The analysis of the cellular composition BAL liquid was carried out from injured and contra lateral lung.

It was determined a considerable prevalence of neutrophils (N) (64,34-83,7%) in BAL liquid. The certain differences of the content of the alveolar macrophages (AM) in BAL liquid from injured segments (12,27-22,43%) at the patients with the FCT in the progressive phase and relative stabilization were accompanied by certain difference of the ADA activity (9,36-1,8 unit per litre relatively). The full blown catarrhal endobronchitis was accompanied by the difference of ADA activity in injured and uninjured segments of the lung more than two times (from 3,2 till 6,6 unit per litre), and the increase of the neutrophils quantity till 87,8% in BAL liquid from the injured lung. The extensive purulent process in the bronchial tree was characterized by the stable increase of the neutrophils quantity (till 81%) and the highest ADA activity (8,1-9,5 unit per litre) in BAL liquid in spite of the material sampling place. The increase of the general ADA activity was correlated with active tuberculosis of bronchus or purulent endobronchitis ($r=0.44$; $p<0.05$). At the patients with the extensive FCT of the lungs in the progressive phase, with the specific or nonspecific inflammation in the bronchial tree, the increase of ADA activity was correlated with the development of specific complications ($r=0.34-0.44$; $p<0.05$).

Key words:

Fiberoptic bronchoscopy, bronchoalveolar lavage.

© D.S.Tazhibaeva, B.E.Abdrahmanova, N.B.Kabdualieva et al., 2007

Д.С.Тажобаева, Б.Е.Абдрахманова, Н.Б.Кабдуалиева, М.К.Байбакова, И.К.Мамина, А.М.Енсебаева

ВЛИЯНИЕ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ФЕТАЛЬНЫХ ГЕПАТОЦИТОВ НА МАРКЕРЫ АКТИВАЦИИ ЭНДОТЕЛИЯ ПРИ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОМ ОСТРОМ И ХРОНИЧЕСКОМ ГЕПАТИТЕ

*Казахская государственная медицинская академия, Национальный научный медицинский центр
Астана, Республика Казахстан*

АБСТРАКТ

В эксперименте исследованы гемостазиологические показатели крови – фактор Виллебранда и фактор VIII у животных с острым и хроническим гепатитом после проведения фетально-клеточной терапии. Использование терапии фетальными гепатоцитами способствовало нормализации уровня образования изучаемых показателей.

Ключевые слова:

острый, хронический гепатит, гемостаз, трансплантация, фетальные гепатоциты .

Одним из новых направлений в лечении поражений печени является трансплантация фетальных клеток. На сегодняшний день фундаментальные исследования с использованием экспериментальных моделей заболеланной печени с целью изучения механизмов действия клеточной терапии являются актуальными. При разработке методов терапии диффузных заболеваний печени с ис-

пользованием фетальных гепатоцитов необходимо учитывать характер и выраженность гемостазиологических нарушений организма, которые могут существенным образом повлиять на результаты применения фетально-клеточных трансплантаций.

Известно, что фактор Виллебранда (ФВ) участвует в коагуляционном гемостазе, способствуя транспортировке в места повреждения сосудистой стенки факторов коагуляции, что обусловлено его способностью образовывать комплекс с фактором VIII (ф VIII). ФВ повышает

Contact Information:

Prof. D.S.Tazhibaeva

E-Mail: aru62@mail.ru