

## Употребата на статини редуцира снижаването на белодробната функция

### *Statin use reduces decline in lung function*

Автору: S. Alexeef, A. Litonjua, D. Sparrow, P. Vokonas, J. Schwartz

Публикация в *Am J Respir Crit Care Med* 2007; 176: 742–747

Снижението на белодробната функция се свързва с нарастващо възпаление и оксидативен стрес, а статините демонстрират противовъзпалителни и антиоксидативни качества. Авторите изследват ефектите при употреба на статини в снижението на белодробната функция при пациенти в старческа възраст и проучват дали тютюнопушенето ги модифицира. Популацията включва 2136 измервания при 803 пациенти в старческа възраст, чиято белодробна функция (ФВК и ФЕО<sub>1</sub>) е измерена от 2 до 5 пъти между 1995 и 2005 г. На всяка визита пациентите съобщават за употреба на статини и за тютюнопушене. За неизползващи статини снижаването на ФЕО<sub>1</sub> е 23.9 mL/годишно (95% CI), докато за приемащи статини то е 10.9 mL/годишно (95% CI). Авторите разделят кохортата на четири групи: непушачи, отдавна отказали се (над 10 г.), скоро отказали се (под 10 г.) и настоящи пушачи. Установява се сигнификантно тройно взаимодействие между времето от първата визита, употребата на статини и пушаческия статус ( $p < 0.001$ ). При всяка категория пушачи ефектът на статините се оценява като благоприятен, но размерът на ефекта върху снижението на белодробната функция варира между групите пушачи. Авторите заключават, че употребата на статини редуцира снижението на белодробната функция при пациенти в старческа възраст, като размерът на полезния им ефект се модифицира от пушаческия статус.

## Нива на свободен и общ кортизол като предиктори на тежестта и изхода при пневмония, придобита в обществото

### *Free and total cortisol levels as predictors of severity and outcome in community-acquired pneumonia*

Автору: M. Christ-Crain, D. Stolz, S. Jutla, O. Couppis, C. Muller, R. Bingisser, P. Schuetz, M. Tamm, R. Edwards, B. Muller, A. Grossman

Публикация в *Am J Respir Crit Care Med* 2007; 176: 913–920

Високите нива на кортизол имат прогностична стойност при сепсис, но предсказващата му стойност при пневмония е непозната. Авторите провеждат проучване с цел да се изследва предсказващата стойност на общия и свободния кортизол при пневмонии, придобити в обществото (ППО). Осъществено е проспективно проучване при 278 пациенти, постъпили с ППО в спешен център. Измерван е общ и свободен кортизол, прокалцитонин, С-реактивен протеин, левкоцити, клинични променливи и индекс за тежест на пневмония (PSI). Главни изходни показатели са PSI и преживяемост. С влошаване на пневмонията, преценена по PSI, нараства общият и свободният кортизол ( $p < 0.001$ ), но липсват корелации с С-реактивния протеин и левкоцитите. Нивата на общ и свободен кортизол при пациенти, които по-късно завършват летално, са сигнификантно по-високи в сравнение с нивата при преживели. При проведен унивариационен анализ само общият кортизол, свободният кортизол и PSI са предсказващи фактори за смърт. При мултивариационен анализ предсказващият потенциал на общия кортизол изравнява прогностичната сила на точките от PSI. Авторите заключават, че нивата на кортизола са предиктори за тежестта и изхода при ППО, подобно на показателите на PSI, и са по-добър вариант от рутинно измерваните лабораторни параметри.

## Откриване на екстрапулмонални лезии с интегриран PET/CT при стадиране на белодробен карцином

### *Detection of extrapulmonary lesions with integrated PET/CT in the staging of lung cancer*

Автору: W. De Wever, Y. Vankan, S. Stroobants, J. Verschakelen

Публикация в *Eur Respir J* 2007; 29: 995–1002

Авторите провеждат проучване с цел да се оцени ретроспективно съвместната диагностична стойност на позитрон-емисионна томография/компютърна томография (PET/КТ) при непредвидени екстрапулмонални лезии, сравнявайки я със стойността на КТ и PET, използвани поотделно. Оценени са общо 217 пациенти с патологоанатомично доказан белодробен карцином, подложени на PET/КТ, КТ и PET за определяне на екстрапулмонални лезии. Клинично са установени общо 108 лезии. PET/КТ показват чувствителност, специфичност, позитивна и негативна предсказваща стойност и точност съотв. 100%, 81%, 71%, 100% и 87% (за откриване на екстрапулмонални лезии) и 92%, 98%, 89%, 98% и 97% (за откриване на малигнени екстрапулмонални лезии). Съвместното изследване с PET/КТ е сигнификантно по-добро от КТ и PET, използвани поотделно. Комбинирането на двата вида информация – метаболитна и анатомична – предпоставя възможност да се установят повече неочаквани екстрапулмонални лезии, отколкото с двата метода поотделно, т.е. PET/КТ дава информация за малигнитет или бенигненост на лезии, открити с двата метода поотделно.

## Орална кортикостероидна терапия при пациенти с кистична фиброза, хоспитализирани по повод на белодробна екзацербация

### *Oral corticosteroid therapy in cystic fibrosis patients hospitalized for pulmonary exacerbation\* A pilot study*

Автору: M. Dovey, M. Aitken, J. Emerson, S. McNamara, D. Waltz, R. Gibson

Публикация в *Chest* 2007; 132: 1212-1218

Авторите обсъждат хипотеза, че ако към стандартната терапия при екзацербация на кистична фиброза (КФ) се добави петдневен курс с prednisone, може да се постигне по-бързо подобряване на белодробната функция. Пациенти с белодробна екзацербация на КФ са рандомизирани за перорален прием на плацебо или prednisone – 2 mg/kg/ден до 60 mg (от 1-ви до 5-и ден) като допълнение към стандартната терапия. Извършва се клинична оценка от 1-ви до 6-и ден, на 14-и и 42-и ден, която включва спирометрия, измерване на глюкоза, анализ на хранка и точкова оценка на симптомите. Кривата на ФЕО<sub>1</sub> между 1-ви и 6-и ден не се различава в групите с prednisone срещу плацебо (52 mL/ген срещу 51 mL/ген). Средното повишаване на ФЕО<sub>1</sub> на 6-и и 14-и ден също не се различава сигнификантно между двете сравнявани групи. Маркерите на възпаление в хранка и точковата оценка на симптомите намаляват между 1-ви и 14-и ден, но средните стойности на двете групи не се различават. Авторите на това пилотно проучване заключават, че добавянето на орален кортикостероид към стандартната терапия на обострена КФ няма статистически значим ефект върху белодробната функция и върху маркерите на възпаление. Въз основа на тенденцията за подобряване на белодробната функция от лечение с prednisone авторите извеждат информация за възможно бъдещо проучване на лечебния ефект върху ФЕО<sub>1</sub>.

## Ендобронхиален ултразвук за диагноза на белодробна саркоидоза

### *Endobronchial ultrasound for the diagnosis of pulmonary sarcoidosis*

Автору: S. Garwood, M. Judson, G. Silvestri, R. Hoda, M. Fraig, P. Doelken

Публикация в *Chest* 2007; 132: 1298-1304

Трансbronхиалната белодробна биопсия е предпочитан подход при белодробна саркоидоза, но често крие риск от липса на диагноза, пневмоторакс и кървене. Като следваща диагностична стъпка се обсъжда медиастиноскопия, но е скъпа и свързана с усложнения. Ендобронхиалният ултразвук (ЕБУЗ) с трансbronхиална излена аспирационна биопсия (ТБИ-АБ) е безопасна и минимално инвазивна опция за първична диагноза на медиастинална и хилусна лимфаденопатия. Авторите на това проучване си поставят за цел да оценят ползата от ЕБУЗ-ТБИ-АБ при белодробна саркоидоза. Включени са 50 пациенти, осъществена е цитологична оценка на пробите за определяне на адекватността им. Наличието на неказеифицираща грануломатоза се счита за адекватен критерий за белодробна саркоидоза. Пациентите с негативна ЕБУЗ-ТБИ-АБ подлежат на последваща хистологична биопсия или клинично проследяване. В проучването са пунктирани 82 лимфни възли със среден размер 16 mm (средно от 4 до 44 mm). Морфологичното изследване на пунктата от ЕБУЗ-ТБИ-АБ демонстрира неказеифициращи грануломи при 41 пациенти (85%). Авторите заключават, че ЕБУЗ-ТБИ-АБ е безопасен и минимално инвазивен метод за първична диагноза на белодробна саркоидоза и притежава висока диагностична стойност.

## Молекулярни доказателства за ролята на микобактерия при саркоидоза: мета-анализ

### *Molecular evidence for the role of mycobacteria in sarcoidosis: a meta-analysis*

Автору: D. Gupta, R. Agarwal, A. Aggarwal, S. Jindal

Публикация в *Eur Respir J* 2007; 30: 508-516

Етиологията на саркоидозата е все още неизяснена. Поради клинични и хистологични сходства между саркоидоза и туберкулоза, микобактерията многократно е изследвана като етиологичен агент при саркоидоза. Авторите провеждат мета-анализ, за да оценят молекулярните доказателства за възможната роля на микобактерия в развитието на саркоидозата. Анализирани са база-данни от 31 проучвания от 1980 до 2006 г., публикувани в MEDLINE, EMBASE, CINAHL, DARE, CENTRAL. Калкулиран е 95% CI и съотношение на шансовете (OR). Всички проучвания от база-данните използват реакция на полимеразните вериги (PCR), последвана от идентификация на нуклеинова киселина, специфична за различни типове микобактерии. От всички 874 пациенти позитивни за микобактерия са 231 случая, т.е. позитивната сигнална честота е 26.4% (23.6-29.5%). Разликата между честотата на микобактерия, открита в проби от пациенти със саркоидоза, и тази при контролите, е 9.67 (4.56-20.5%). Тези резултати илюстрират демонстративно присъствие на микобактерия в саркоидозни лезии, което подсказва връзка между микрорганизма и някои случаи на саркоидоза. За да се избегне методологична разнородност, авторите препоръчват да се проведе по-широко мултицентрово проучване с проби, мествани в централна лаборатория.

## ИЗИСКВАНИЯ КЪМ АВТОРИТЕ

За публикуване се приемат обзорни статии, оригинални статии, описание на случаи от клиничната практика и писма (коментари) до редакторите.

Текстовете и таблиците се предават в електронен ръкопис (на носител или в електронно писмо) на български език, изработен с текстообработваща програма Word (версии 5.0, 6.0 и 7.0). Фигурите се предават във формат .tif или .jpg. Обемът на статиите не трябва да надхвърля 12 стандартни страници (до 30 реда, 60-66 знака на ред, формат А4).

Под заглавието на всяка публикация се посочват имената на авторите и тяхната месторабота. Ако авторският колектив е от повече от една институция, имената се маркират с цифров индекс.

Всяка оригинална статия и описание на случай от клиничната практика се придружава от резюме на български и английски в обем до 250 думи и до 6 ключови думи (keywords). За обзорни статии не се изисква резюме.

Статии от чужди автори се представят на редакцията на английски език и се отпечатват с български превод.

Структурата на всяка оригинална статия задължително включва следните шест раздели: увод, цел, материал и методи, резултати, обсъждане и заключение (изводи).

Библиографията съдържа до 20 литературни източници в азбучен ред, като имената на авторите се цитират в текста на оригинален език, а поредният номер на цитираната публикация се отбелязва с арабска цифра, точка след нея. Библиографските данни се структурират по следния начин:

- цитат на статия: Автор (и). Заглавие на статията. Заглавие на списанието (съкратено по Index Medicus), година; том: страници (от-до).
- цитат на книга: Автор (и). Заглавие на книгата. Издателство, местоиздаване, година на издаване.
- цитат от сборник: Автор (и). Заглавие на главата. В (на латиница – In). Заглавие на сборника. Издателство, местоиздаване, година на издаване, страници (от-до). Ако авторите в библиографията са до трима, се изписва фамилията и инициалите на първия автор и инициалите и фамилията на останалите автори. Когато авторите са повече от трима, след името на третия се пише и съавт. (на латиница – et al.).

В края на електронния ръкопис задължително се отбелязва адрес за кореспонденция, съдържащ име на един от авторите, пощенски и електронен адрес, телефон и факс.

Оригиналните статии се рецензират преди да бъдат приети за публикация.

Електронни ръкописи не се връщат на авторите. Редакцията изплаща хонорари.

### **Материалите се изпращат на адрес:**

1606 София, бул. СВ. Георги Софийски № 3

Военномедицинска академия

Клиника по белодробни болести

Доц. д-р Коста Костов – главен редактор

e-mail: koro\_55@mail.bg

kalevi@mnet.bg