2 — 5 октября 2007 года,
Казань

XVII Национальный Конгресс по болезням органов дыхания

СБОРНИК ТРУДОВ КОНГРЕССА

Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации

Министерство здравоохранения Республики Татарстан

Российское респираторное общество

XVII Национальный Конгресс по болезням органов дыхания Казань, 2 – 5 октября 2007 года

СБОРНИК ТРУДОВ КОНГРЕССА

Под редакцией акад. РАМН А.Г.Чучалина,
проф. А.А.Визеля, проф. Р.С.Фассахова

КАЗАНЬ 2007

Состав организационного комитета конгресса

Президент конгресса: профессор Визель А.А.
Председатель научного комитета конгресса: профессор Фассахов Р.С.
Сопредседатели оргкомитета:
Чучалин А.Г. - директор ФГУ НИИ пульмонологии Росздрава, академик РАМН.

Министр здравоохранения Республики Татарстан.

Ответственный секретарь:
Аверьянов А.В. - заместитель директора ФГУ НИИ пульмонологии Росздрава
Члены организационного комитета: Авдеев С.Н., Айсанов З.Р., Амиров Н.Х., Астафьева Н.Г., Белевский А.С., Бродская О.Н., Волков И.К., Геппе Н.А., Жестков А.В., Зыятдинов К.Ш. Игнатова Г.Л., Илькович М.М., Колосов В.П., Лещенко И.В, Мишин В.Ю., Овчаренко С.И., Синопальников А.И., Трофимов В.И., Тюрин И.Е., Фаррахов А.З., Черняк Б.А., Шмелев Е.И., Шойхет Я.Н.

Организационный комитет Министерства здравоохранения Республики Татарстан

Председатель:
Р.С. Залалдинов - первый заместитель министра здравоохранения РТ
Члены республиканского организационного комитета:
Р.К.Голубева, Н.Х.Амиров, М.К.Михайлов, А.А.Визель, Р.С.Фассахов, И.Ю.Малышева, Р.Ф.Батыршин, Е.Д.Хафизова, Е.Г.Игнашина, Г.М. Вагизова, И.Н.Сафин, А.А.Малова, Ю.Н.Дрешер, Р.Ш.Хасанов, Р.Ш.Валиев.

Генеральный спонсор
Отечественные лекарства
Главные спонсоры
АстраЗенека, ГлаксоСмитКляйн
Официальные спонсоры
Мерк Шарп Доум, Новартис,
Пфайзер, Тева

ОГЛАВЛЕНИЕ

1. Аллергология и иммунология
2. Бронхиальная астма взрослых
3. Бронхиальная астма у детей
4. Болезни органов дыхания в сочетании с заболеваниями других органов и систем
5. Вакцинопрофилактика
6. Вегетативная нервная система и болезни органов дыхания
7. Гиперреактивность дыхательных путей
8. Гнойные и деструктивные заболевания легких
9. Грибковые поражения легких
10. Дыхательная недостаточность и интенсивная терапия
11. Заболевания плевры
12. Интерстициальные заболевания легких
13. Заболевания ЛОР-органов
14. Лучевая диагностика
15. Микробиологическая диагностика
16. Муковисцидоз
17. Нарушения дыхания во время сна
18. Неинвазивная диагностика в пульмонологии
19. Организация здравоохранения
20. Легкие и беременность
21. Легочные заболевания: качество жизни
22. Патфизиология и экспериментальные исследования
23. Пневмония
24. Пневмонии у детей
25. Педиатрическая пульмонология
26. Профессиональные заболевания
27. Реабилитация и образовательные программы
28. Саркоидоз
29. Табакокурение
30. Туберкулез
31. Функциональная диагностика
32. Сердечно-сосудистая система и заболевания органов дыхания
33. Хирургия
34. ХОБЛ
35. Экология
36. Экспертиза в пульмонологии
37. Эндоскопия
38. Патанатомия и морфология респираторной системы
39. Легочная гипертензия и ТЭЛА
40. Разное
41. Алфавитный именной указатель

Аллергология и иммунология

1. РОЛЬ ЭОЗИНОФИЛЬНОГО КАТИОННОГО ПРОТЕИНА (ЭКП) В ОЦЕНКЕ АЛЛЕРГИЧЕСКИХ РЕАКЦИЙ НЕМЕДЛЕННОГО ТИПА

Зыков К.А., Рвачева А. В., Босых Е.Г., Бейлина В.Б., Казначеева Е.И., Дмитриева Е.А., Филонов В.К., Тхоржевская Т.В.
НИМСИ МГМСУ, лаборатория пульмонологии; РКНПК, отдел нейрогуморальных и иммунологических исследований

За последние 30 лет в течение каждого десятилетия показатели заболеваемости аллергией во всем мире удваивались. В патогенезе аллергических реакций немедленного типа (атопический дерматит, бронхиальная астма и т.д.) ведущая роль принадлежит иммуноглобулину Е, тучным клеткам и эозинофилам, при активации которых выделяется большое количество активных веществ, в том числе ЭКП, являющегося маркером активации эозинофилов. Цель исследования: Выявить взаимосвязь между уровнями общего IgE, ECP и количеством эозинофилов крови у пациентов с клиническими симптомами аллергических реакций немедленного типа. Материалы и методы: обследовано 35 пациентов с атопической бронхиальной астмой, атопическим дерматитом в стадии обострения. Уровни общего IgE и ECP в сыворотке крови определялись методом хемилюминесценции на анализаторе Immulite1000, абсолютное количество эозинофилов периферической крови определяли на гематологическом анализаторе Roche KX 21N. Результаты: увеличение уровня общего IgE было обнаружено у 68,5% пациентов, а ECP – у 65,7%. Выявлена прямая корреляционная зависимость между уровнем общего IgE и ECP ($r=0,4$; $p<0,05$). Увеличение абсолютного количества эозинофилов, как при повышении уровня общего IgE, так и при нормальных значениях общего IgE наблюдалось лишь у 25% пациентов. При этом у пациентов с нормальными значениями общего IgE уровень ECP был повышен в 54,5% случаев. Заключение: у пациентов с клиническими проявлениями аллергических реакции немедленного типа с нормальными значениями общего IgE и эозинофилов в клинической практике целесообразно проводить исследование уровня ECP, который является медиатором цитотоксичности и отражает функциональное состояние эозинофилов.

2.ВОЗМОЖНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ОТЕЧЕСТВЕННОГО ПРОТИВОАЛЛЕРГИЧЕСКОГО ИММУНОГЛОБУЛИНА ПРИ FAS-ОПОСРЕДОВАННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ

Еникеев О. А., Еникеева С. А., Бакиева И. Г.
Филиал ФГУП "НПО"Микроген" Минздрава РФ, филиал "Иммунопрепарат", Уфа

Цель исследования: создание препарата в/в противоаллергического (ПА) иммуноглобулина (ИГ) для лечения неспецифических заболеваний легких.
Введение в/м препарата ПА ИГ показало свою эфективность при заболеваниях легких (пневмония, бронхиальная астма и т. д.). Дальнейшие исследования позволили получить препарат мономерного ПА ИГ для в/в введения, представляющего собой IgG с электрофоретической частотой не менее 99 %, концентрацией белка в растворе не менее 2,5%, антикомплементарной активностью более 10 мг/2CH50 и имеющего молекулярно-массовое распределение (агрегаты не более 0,5%, мономеры не менее 90 %, фрагменты не более 5 %). ПА активность в/в ИГ воспроизводили в тесте пассивной системной анафилаксии на морских свинках и оценивали по индексу WCD (1960). Мономеры, димеры, фрагменты определяли методом колоночной гель-хроматографии на ультрагеле AcA34. Содержание и распределение классов и подклассов ИГ контролировали методами

иммуноэлектрофореза и иммуноферментного анализа. В 1998 году Viard впервые отметил, что АТ, представленные в препаратах в/в ИГ блокировали Fas-опосредованный апоптоз кератиноцитов in vitro. При лечении 10 пациентов с клинически и гистологически подтвержденным токсическим эпидермальным некролизом высокими дозами в/в ИГ удалось остановить прогрессию заболевания и достигнуть благоприятного исхода у всех 10 пациентов. Данные Schols et al. (1996) связывают ХОБЛ с апоптозом как скелетных мышц так и альвеолярных клеток. В/в ИГ увеличивает фракцию выброса левого желудочка у пациентов с застойным поражением сердца и Aukrust (2003) предполагает, что это связано с противовоспалительным действием в\в ИГ и как следствие торможением апоптоза. Эти данные дают повод для применения ПА в\в ИГ в лечении Fas-опосредованных заболеваний.

3. ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ЗАВИСИМОСТИ АНТИАСТМАТИ-ЧЕСКОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ ОТЕЧЕСТВЕННОГО ПРЕПАРАТА РУЗАМ ОТ СПОСОБА И ДЛИТЕЛЬНОСТИ ВВЕДЕНИЯ

Ковалева В.Л., Колганова Н.А., Хаптхаева Г.Э., Хвостова А.Г.
Всероссийский научный центр по безопасности биологически активных веществ, Купавна; НИИ пульмонологии Росздрава, Москва, Россия

Цель: ранее нами установлено, что новый отечественный препарат Рузам на классических моделях бронхоспазма и аллергического воспаления легких проявляет выраженную антиастматическую и противовоспалительную активность. Целью настоящего исследования явилось изучение его эффективности в зависимости от способа и длительности введения. Материалы и методы: использовали модель аллергического воспаления легких морских свинок, индуцированного овальбумином (в/бр 5 мг/кг, затем ингаляционно 0,1 -1% раствор с помощью небуляйзера (Omron). Через 1.5 месяца начинали лечение животных Рузамом, который вводили ингаляционно, либо подкожно в дозах 60 и 120 мкг/кг, соответственно. Длительность введения составляла 5 и 10 дней. Результаты: у контрольных морских свинок развивалось выраженное аллергическое воспаление в легких: содержание эозинофилов и нейтрофилов увеличивалось в 4 –5 раз по сравнению с интактным контролем, нарастал цитоз в бронхоальвеолярном смыве (БАС), увеличивалось количество дегранулированных тучных клеток в ткани легкого. Рузам при обоих способах введения существенно подавлял явления обструктивной эмфиземы, снижал цитоз и индекс дегрануляции тучных клеток, резко уменьшал абсолютное и относительное содержание эозинофилов и нейтрофилов в БАС и ткани легкого, достоверно увеличивал содержание макрофагов и лимфоцитов в БАС. В случае ингаляционного введения через небуляйзер все перечисленные эффекты были выражены более значительно, однако нам не удалось выявить достоверного отличия в специфических фармакологических эффектах препарата в зависимости от длительности введения. Выводы: Рузам как при подкожном, так и ингаляционном способах введения существенно подавлял аллергическое воспаление в легких морских свинок.

4. ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ФОРМИРОВАНИЯ БРОНХОЛЕГОЧНОЙ ПАТОЛОГИИ У РАБОТНИКОВ ПРОИЗВОДСТВА ПОЛИМЕТАЛЛИЧЕСКИХ КАТАЛИЗАТОРОВ

Иммис С.М., Масягутова Л.М., Газизова Р.Р.,Газизова А.Р., Исхаков Э.Р.
Уфимский НИИ медицины труда и экологии человека, БГМУ, Уфа, Россия

Цель: изучение некоторых показателей иммунного статуса, специфической сенсибилизации к металлам у рабочих производства полиметаллических катализаторов. Методы: изучено состояние иммунного статуса у 294 рабочих данного производства (тесты I и II уровней) и специфической сенсибилизации к металлам. Результаты:

обнаружена депрессия неспецифической резистентности организма (фагоцитарной активности, НСТ теста, индекса фагоцитоза), угнетение клеточного (CD3+, CD4+, CD8+, CD20+) и гуморального (IgA, M, G) звеньев иммунитета, достоверно зависящие от стажа работы. Заключение: относительный риск формирования ХОБ и БА составляет 4,8, что соответствует этиологической доле от 67 до 80%. Повышенный уровень специфической сенсибилизации к шести и трехвалентному хрому, а также к кобальту и никелю, позволяет отнести данное производство к аллергоопасным.

5.ИСПОЛЬЗОВАНИЕ АНАЛИЗА МАРКЕРОВ АЛЛЕРГИЧЕСКОГО ВОСПАЛЕНИЯ ДЛЯ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У БОЛЬНЫХ С АЛЛЕРГИЧЕСКИМ РИНИТОМ.

Балдуева М.Ф., Биличенко Т.Н., Вознесенский Н.А., Ахметов Р.Х., Лебедин Ю.С.
ФГУ НИИ пульмонологии Росздрава

С целью оценки значимости для ранней диагностики бронхиальной астмы (БА) у больных аллергическим ринитом (АР) были изучены следующие маркеры воспаления: эозинофилы (Э) периферической крови (%), общий IgE (МЕ\ml), оксид азота выдыхаемый (NOexh) и назальный (NOnas) (ppb). Методы: Исследование проведено среди 214 подростков 13-14 лет, среди которых было 179 человек больных АР и 35 здоровых. Среди больных АР 80 человек страдали БА. Обследование включало анкетирование по анкете ISAAC, клиническое обследование, аллергологическое обследование, исследование пиковой скорости выдоха, назальной скорости вдоха, исследование маркеров аллергического воспаления. Уровни IgE общего определяли методом ИФА в сыворотке крови, оксида азота выдыхаемого и назального – на хемилюминесцентном анализаторе (Logan Research 2149, Великобритания). Результаты: Пациенты с изолированным АР без БА и без хрипов в груди последние 12 месяцев (Х12) имели более высокие уровни маркеров воспаления по сравнению с группой контроля: Э - 5,0 ± 4,7 и 2,6 ±1,8 ($p<0,05$), общий IgE – 265,3±305,8 и 50,8±83,3 ($p<0,001$), NOexh 13,2±9,2ppb и 5,4±1,7ppb ($p<0,001$) соответственно.
При наличии БА возрастали средние уровни общего IgE (485,8±535,3 МЕ/мл, $p<0,01$) и NOexh (26,9±20,7ppb, $p<0,001$) по сравнению пациентами с АР без БА. При наличии хрипов в груди последние 12 месяцев (Х12) увеличивались средние уровни эозинофилов крови, общего IgE, NOexh по сравнению с группой без хрипов. NOnas увеличивался при АР и не зависел от наличия Х12 и БА. Заключение: маркеры воспаления, такие как эозинофилы (Э) периферической крови (%), общий IgE, оксид азота выдыхаемый (NOexh) могут использоваться для ранней диагностики БА у больных с АР, а NOnas имеет связь с АР.

6.ДЕСЯТИЛЕТНЯЯ ДИНАМИКА РЕСПИРАТОРНОГО ЗДОРОВЬЯ ПОДРОСТКОВ 13-14 ЛЕТ В Г. МОСКВЕ.

Биличенко Т.Н., Балдуева М.Ф., Чучалин А.Г.
ФГУ НИИ пульмонологии Росздрава

С целью объективной оценки респираторного здоровья подростков 13-14 лет за 10-летний период в 2006 году было проведено повторное одномоментное эпидемиологическое исследование по стандартной методике ФГУ НИИ пульмонологии Росздрава. Данные были сопоставлены с результатами аналогичного исследования среди подростков 1996 года.
Методы: перекрестное исследование среди подростков 13-14 лет в 2006 году было проведено в 2-х районах г. Москвы и включало 953 человека (отклик 76,8%), обследованных сплошным методом по стандарной методике: анкета ISAAC, изучение факторов риска, клинический анализ крови, пикфлоуметрия. Данные сопоставлены с

результатами исследования среди 1524 подростков четырех районов г. Москвы (отклик 76,2%) в 1996 г.
Результаты: Распространенность хрипов в груди последние 12 месяцев среди подростков не различалась и составляла 9,6% и 9,9% соответственно в 2006 г. и 1996 г., также как зудящей сыпи на коже последние 12 месяцев - 5,2% и 4,1%. Распространенность симптомов ринита в 2006 году увеличилась: 39,0% и 33,1% соответственно ($p<0,01$). Уменьшилась распространенность таких значимых факторов, как неудовлетворительные жилищные условия (30,4% и 25,1%, $p<0,01$), активное курение (12,8% и 9,8%, $p<0,02$), но частота реакций на продукты питания возросла (29,2% и 34,0%, $p<0,001$).
Заключение: применение стандартного эпидемиологического метода позволяет дать объективную оценку здоровья подростков в динамике. Полученные данные обнаруживают положительную зависимость между распространенностью симптомов ринита и частотой реакций на продукты питания у подростков.

7. РЕЗУЛЬТАТЫ ИСПЫТАНИЯ ПРЕПАРАТА РУЗАМ В КАЧЕСТВЕ ИММУНОКОРРЕКТОРА

Масленников В. В.
ФГУ ЦКБП УДП РФ лаборатория клинической иммунологии

РУЗАМ – препарат, полученный на основе штамма Staphylocoos aureus, прошедшего термофильную стадию обработки и содержит комплекс растворимых антигенов, обладающих высокой противоспалительной активностью. Препарат широко используется для «неспецифической вакцинации» больных атопией в случае, когда невозможна специфическая иммунотерапия вследствие наличия широкого спектра реагинов. В связи с имеющимися сведениями о влиянии РУЗАМа на иммунные реакции, выражающиеся в значительном подавлении реакций воспаления, а также ингибирования ферментативных систем лейкоцитов и макрофагов, участвующих в выработке медиаторов воспаления. Решено клинически оценить препарат в качестве иммунокорректора. Исследован в динамике широкий спектр иммунологических показателей клеточного и гуморального иммунитета у группы пациентов, предъявляющих жалобы, укладывающиеся в синдром хронической усталости. Полученные результаты четырехкратно мониторирования (до введения препарата, по окончании курса, а также спустя один и два месяца) выявили следующие достоверные ($p<0,05$) изменения относительно исходных показателей: IgG, C3c, C4, A2-макроглобулин, A1-кислый гликопротеин, СРБ, ЦИК IgG-содержащий, РБТЛ, CD3, CD19, CD3CD4, CD3-CD16-CD56+, CD4CD45RA, CD4CD25, CD3IL-4.
Клинически большинство пациентов отметили уменьшение числа эпизодов острых респираторных заболеваний, снижение проявлений аллергии на пищу и домашнюю пыль, приступов бронхиальной астмы, отмечалось улучшение самочувствия и купирование симптомокомплекса синдрома хронической усталости.

8.ИНФОРМАТИВНОСТЬ ПОКАЗАТЕЛЕЙ МЕСТНОЙ ЗАЩИТЫ ВЕРХНИХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ БРОНХИТОМ И БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

Смирнова И. Н.
ФГУ "Научно-исследовательский институт курортологии и физиотерапии" ФА по здравоохранению и социальному развитию РФ, Томск

Цель: Определение взаимосвязей показателей местной защиты полости носа с клинико-биохимическими и функциональных параметрами у больных хроническим бронхитом (ХБ) и бронхиальной астмой (БА). Методы исследования: Исследования выполнены у 343 больных ХБ и БА. В мазках-отпечатках со слизистой оболочки носа определяли содержание нейтрофилов (Н), клеток цилиндрического (ЦЭ) и плоского эпителия

(ПЭ), степени их деструкции (СПД), фагоцитарную активность нейтрофилов (ФАН) и адсорбционную способность плоского эпителия (АПЭ). В назальном секрете определяли содержание SIg A, лизоцима, сиаловых кислот. Результаты исследования: У больных БА выявлены корреляционные связи между активностью лизоцима и ОВФ1 ($r=+0,33$, $p<0,05$), ИДК ПЭ и содержанием эозинофилов в крови ($r=+0,66$, $p<0,001$), СПД ПЭ и МОС 75 ($r=-0,53$, $p<0,01$), СПД ПЭ и СОС 25-75 ($r=-0,45$, $p<0,05$), доказывающие роль состояния слизистой оболочки носа в развитии обструктивных нарушений. Отмечена связь между интегральной степенью активности воспалительного процесса и СПД ПЭ ($r=+0,56$, $p<0,01$). У больных ХОБ выявлена связь между ИДК ПЭ и ОФВ1 ($r=-0,39$, $p<0,05$), количеством Н и SIg A ($r=+0,39$, $p<0,01$), концентрацией МДА в крови и синтезом SIg A ($r=-0,33$, $p<0,05$), что свидетельствовало об отрицательном влиянии продуктов ПОЛ на иммуноэффекторное звено местной защиты. Активность лизоцима при ХНБ была взаимосвязана с ИДК ЦЭ ($r=+0,37$, $p<0,05$) и общей интегральной степенью активности воспаления ($r=+0,29$, $p<0,05$).Таким образом, корреляционный анализ показал, что цитопатологические и иммунологические показатели слизистой оболочки полости носа взаимосвязаны с вентиляционными нарушениями и клинико-биохимически параметрами воспаления и обладают информативной ценностью в оценке клинического состояния у больных ХБ и БА.

9.СЕЗОННЫЕ ОСОБЕННОСТИ МЕСТНОГО ИММУНИТЕТА У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ БРОНХИТОМ И БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

Смирнова И. Н.
ФГУ "Научно-исследовательский институт курортологии и физиотерапии" ФА по здравоохранению и социальному развитию, г. Томск

Цель: Провести анализ состояния местных факторов защиты верхних дыхательных путей в зависимости от сезона года. Исследования выполнены у 343 больных. Хронический бронхит (ХБ) диагностировался у 77 %, бронхиальная астма (БА) – у 23,0 % больных. В мазках-отпечатках со слизистой оболочки носа определяли содержание нейтрофилов (Н), эпителиальных клеток и степени их деструкции, фагоцитарную активность нейтрофилов (ФАН) и адсорбционную способность плоского эпителия (АПЭ). В назальном секрете определяли содержание SIg A, лизоцима, сиаловых кислот. Для удобства анализа все изученные параметры методом интегральной оценки объединены в 4 группы. Состояние иммунодефицита характеризовалось снижением синтеза SIg A, активности лизоцима и ФАН, выраженными деструктивными изменениями эпителиального покрова. Напряжение местной защиты – повышение сиаловых кислот, активности лизоцима и синтеза SIg A, показателей Н, ФАН и АПЭ. Воспаление на фоне иммунодефицита характеризовалось снижением синтеза SIg A, повышением сиаловых кислот, активности лизоцима, снижением Н, ФАН, АПЭ. Больные ХБ и БА с нормальными показателями местной защиты составили четвертую группу (норма). Обнаружена корреляционная взаимосвязь между сезоном года и состоянием местного иммунитета ($r=+0,36$, $p<0,003$). Напряжение факторов местной защиты было характерно для зимне-весеннего времени года – в 39% случаев. Воспаление на фоне иммунодефицита наиболее часто выявлялось весной – в 55,8% наблюдений. Осенью отмечалось максимальное выявление иммунодефицита гуморальных факторов защиты (30,4%). Нормальные значения параметров местной защиты наиболее часто встречались летом и зимой (31,1 и 46,7% соответственно). Выявленные закономерности позволяют оптимизировать профилактические и лечебные мероприятия в разные сезоны года.

10.НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ПОЛЛИНОЗОМ В ОРЕНБУРГЕ

Сапугальцева Г. И., Самойлова А.Г.

Оренбургская Областная клиническая больница №2

Значительную часть аллергических заболеваний составляют поллинозы, вызываемые пыльцой растений и характеризующиеся преимущественным поражением слизистых оболочек глаз, дыхательных путей. Распространенность поллиноза в различных странах мира широко варьирует в зависимости от климатоэкологических факторов. В странах Европы она составляет от 1% до 5%. Цель исследования: изучить распространенность поллиноза в г.Оренбурге. По городу Оренбургу количество больных поллинозом, выявляемых по обращаемости, среди подростков и взрослого населения по данным городского аллергоцентра составляет в 2006 -8,1%. Нами обследованы 1098 больных поллинозом в возрасте от 15 до 55 лет. Установлено, что в возрастной группе 15-19 лет и 20-25 лет среди лиц мужского пола поллиноз встречается чаще, чем среди женского (53,9% и 46,1% соответственно). Однако по мере увеличения возраста соотношение заболеваемости и половой принадлежности меняется на противоположное. В результате, в возрастных группах от 26 лет и старше подобное заболевание среди женщин намного превосходит таковое, определяемое у мужчин. В целом по всем возрастным группам частота поллиноза среди женщин составила 57,5% , среди мужчин - 42,5%. Результаты исследования: при обследовании больных в аллергоцентре выявили, что наибольшая частота иммунизации определилась к пыльце сорняков: лебеда (35,7%), полынь (42,8%) и подсолнух (24,3%). При наличии симптомов поллиноза весной (конец апреля, май), в период цветения деревьев чаще всего отмечается сенсибилизация к пыльце клена (15,1%) и (10,1%) березы. Заключение: полученные региональные данные показывают, что поллиноз с большей частотой проявляется у женщин, в возрасте 26-35 лет. Важным моментом является отсутствие реакции на тополь в период цветения клена и березы.

11. ВЛИЯНИЕ РАДИАЦИИ В ДОЗЕ 0,2 ГР НА КЛЕТОЧНОЕ ЗВЕНО ИММУННОЙ СИСТЕМЫ В ЭКСПЕРИМЕНТЕ.

Жетписбаев Б.А., Сандыбаев М.Н., Базарбаев Н.А., Ильдербаев О.З.
Семипалатинский онкодиспансер

Цель: изучить в эксперименте изменений клеточного звена иммунной системы при воздействии радиации в дозе 0,2 гр. Методы исследования: Выполнены опыты на белых крысах.1-я группа (n=10) интактные, 2-я группа (n=15) облученные животные в дозе 0,2 Гр. Облучения гамма лучами Со60 проводили на установке Агат-РМ. По истечении 2-х месяцев животных забивали под наркозом методом неполной декапитации. Популяционный состав лимфоцитов в периферической крови определяли реакцией розеткообразования Т-лимфоцитов к эритроцитам барана. Количественное определение субпопуляции Т-лимфоцитов определяли теофиллиновым тестом. Достоверность значений полученных результатов определили по t-критерию Стьюдента. Результаты: в периферической крови опытной группы животных отмечалось лейкопения. У облученных животных количественные показатели субпопуляции Т-лимфоцитов с хелперной и супрессорной активностью снижались. Например, в 2-й группе экспериментальных животных абсолютное количество Т-елперов снижалось достоверно 3,01 раза($P<0,001$), процентное 2,73 раза($P<0,001$). В этот период абсолютное и относительное количество Т-супрессоров достоверно снизилось на 2,49 раза ($P<0,001$ Хелперно-супрессорный индекс составил в опытной группе 1,18±0,15, тогда как в норме данный индекс равнялся 1,96±0,16. Заключение: Таким образом, вышеуказанные изменения в иммунной системе у облученных животных свидетельствуют, что ионизирующая радиация в малой дозе оказывает существенное влияние на клеточное звено иммунной системы.

12.УРОВЕНЬ ЦИТОКИНОВ У БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ И ХОБЛ

Щеглова М.Ю., Макарова Г.А., Колосов В.П.
ГУ Дальневосточный научный центр физиологии и патологии дыхания СО РАМН

Цель: Изучить уровень содержания некоторых цитокинов у больных бронхиальной астмой (БА) и хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ). Материалы и методы: Обследованы 3 группы больных: 1 – 31 пациент с БА (мужчин - 45%, женщин - 55%; возраст 33,9±0,82 лет); 2 группа - 30 пациентов с ХОБЛ (мужчин - 58%, женщин - 42%; возраст 33,9±0,89 лет); 3 группа - 23 здоровых человека (мужчин - 43%, женщин - 57%; возраст 28,57±2,71 лет). Уровень цитокинов в сыворотке крови проводили методом ИФА с помощью реагентов «ИФА-БЕСТ» (Новосибирск). Результаты: Установлено, что уровень IL-4 у пациентов 1 и 2 групп был повышен (49,94±5,02 и 30,34±4,40 пг/мл соответственно) и достоверно различался с группой здоровых (15,61±0,94 пг/мл; $p<0,01$). Выявлено повышенное содержание IL-8 у больных ХОБЛ (36,47±3,53 пг/мл); у пациентов с БА и у здоровых данный показатель был в пределах нормы. Уровень IFN-γ был значительно повышен при обострении ХОБЛ (89,56±11,61 пг/мл) и при БА (79,20±10,31пг/мл) и значительно отличался от показателя в группе здоровых (20,12±1,23 пг/мл; $p<0,01$).Определяли индекс IL-4/ IFN-γ, у пациентов с БА этот индекс составил 0,71 (т.е.тип реагирования иммунной системы по Th2 типу); у больных ХОБЛ этот индекс составил 0,33 (т.е. тип реагирования иммунной системы по Th1 типу).Заключение: Полученные данные подтверждают современные представления о дисбалансе иммунной системы при заболеваниях органов дыхания. Важен не сам факт повышения или снижения уровня цитокинов, а их динамика и соотношение оппозиционных пулов. Дисбаланс цитокинового статуса поддерживает хроническое воспаление, а также связанный с ним процесс апоптоза, приводящего к развитию интерлейкинзависимого вторичного иммунодефицитного состояния.

13.ИММУНОКОРРЕКЦИЯ ПРИ ХОЛОДОВОЙ ГИПЕРРЕАКТИВНОСТИ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ

Щеглова М.Ю.
ГУ Дальневосточный научный центр физиологии и патологии дыхания СО РАМН

Цель: Оценить эффективность применения полиоксидония (ПО) при холодовой гиперреактивности дыхательных путей (ХГР) у больных бронхиальной астмой (БА).Материалы и методы: Обследовано 60 пациентов с ХГР на фоне БА (мужчин - 52%, женщин - 48%; возраст 34,00±11,38 лет). Холодовая проба проводилась путем гипервентиляции в течение 3 минут охлажденной до -20оС воздушной смесью. Иммунологическое обследование проводилось стандартными методиками, фенотипирование лимфоцитов осуществляли с использованием моноклональных антител («Сорбент», Москва). Полиоксидоний («НПО Петровакс Фарм», Москва) применяли в/м по 6 мг общим курсом 10 инъекций. Лечение ПО проводилось на фоне стандартной базисной терапии. Повторное обследование было проведено через 1 месяц. Результаты: При первичном обследовании выявлено снижение CD3+ и показателей фагоцитоза, дисбаланс ИРИ, повышение уровня IgE, ЦИК, интерлейкина-4. После проведенного лечения количество CD3+ повысилось до уровня 68,29±1,49% ($p<0,001$). ИРИ после лечения снизился с 5,46±2,83 до 2,39±0,11. Уровень IgE снизился с 159,93±8,07 МЕ/мл до 109,31±2,15 МЕ/мл ($p<0,001$). Уровень КЗФ возрос с 0,75±0,06 до1,1±0,11 ($p<0,01$). ЦИК снизился с 53,77±1,35 усл.ед. до 32,70±1,89 усл.ед. ($p<0,001$). Уровень ИЛ-4 снизился на 18% и составил 25,45±1,23 пг/мл ($p<0,001$). У 73% пациентов отмечено исчезновение или снижение степени реагирования на холодный воздух. Заключение: При применении ПО на фоне стандартной базисной терапии при холодовой гиперреактивности у больных бронхиальной астмой отмечается нормализация основных иммунологических

показателей, а также исчезновение или снижение степени реагирования на вдыхание холодного воздуха.

14.ИММУНОГЛОБУЛИНЫ И ФЛОГОГЕННЫЕ ФАКТОРЫ СЛЮНЫ У ПАЦИЕНТОВ С ХОБЛ, РАБОТАЮЩИХ В УСЛОВИЯХ РАДИОХИМИЧЕСКОГО ПРЕДПРИЯТИЯ

Алтынбаева Е. И., Теплова С.Н., Игнатова Г.Л., Родионова О.В
УГМАДО

Целью настоящего исследования является количественная оценка иммуноглобулинов и флогогенных агентов слюны как лабораторных маркеров уровня топической противомикробной защиты и воспаления у пациентов с ранними стадиями хронической обструктивной болезни легких, работающих на радиохимическом производстве. Обследовано 83 пациента с ХПБ и I, II стадиями ХОБЛ (средний возраст 47,46±1,14 лет). У всех пациентов в слюне исследовалось количество белка, муцина, а также определялись уровни sIgA, субклассов G1-G4, лактоферрина с помощью иммуноферментного анализа. Уровень оксида азота в слюне устанавливали на основе измерения конечных стабильных метаболитов оксида азота с помощью модифицированного метода Грисса. У пациентов с ХОБЛ были установлены достоверные отличия от показателей слюны контрольной группы. Это касалось содержания в слюне муцина, уровень которого оказался при ХОБЛ ниже, чем в контрольной группе; количества IL-8, содержания нитритов, секреторного иммуноглобулина А, лактоферрина, которые были повышены у работников предприятия с ХОБЛ. В ходе исследования нами также был выявлен рост уровня IgG2 в слюне у пациентов с ХОБЛ ($P<0,001$), что является маркером транссудации белка из кровотока. Проведенными исследованиями показана перспективность использования неинвазивных методов оценки мукозального иммунитета для мониторинга состояния антимикробных и провоспалительных факторов в слюне у пациентов с ХОБЛ в условиях промышленного предприятия.

15.НАЛИЧИЕ ПОВТОРНЫХ РОДОВ У МАТЕРИ И МУЖСКОЙ ПОЛ НОВОРОЖДЕННОГО СОПРЯЖЕНЫ С БОЛЕЕ НИЗКОЙ ПРОДУКЦИЕЙ ИНТЕРФЕРОНА-γ (ИФ-γ) МОНОНУКЛЕАРАМИ ПУПОВИННОЙ КРОВИ (МПК)

Терещенко С. Ю., Прохоренков В.И., Новицкий И.А., Ольховский И.А., Шакина Н.А., Исаков И.В., Васильева Л.В.
Институт медицинских проблем севера СО РАМН при поддержке гранта Президента РФ для государственной поддержки молодых российских ученых МД-4647.2006.7.

Как было показано в Tucson ISS study (Pediatr Allergy Immunol. 2005; 16(1): 19-26) такие факторы, как мужской пол новорожденного и рождение от вторых и более родов, частично ассоциированы с более высоким риском формирования атопической экземы (RR были 1.4(1,0-20,0) и 1,4(0,97-1,9), соответственно). Однако механизмы такого влияния в настоящее время неизвестны. ЦЕЛЬ: Определить влияние порядка рождения (первые/повторные роды) и пола новорожденного на продукцию ИФ-γ МПК. МЕТОДОМ проточной лазерной цитофлюорометрии определено абсолютное содержание МПК, продуцирующих ИФ-γ у 95 доношенных новорожденных. Результаты представлены в виде медианы и интерквартильного интервала. Статистические различия выявлены с помощью критерия Манна-Уитни. РЕЗУЛЬТАТЫ: Нами выявлено, что новорожденные от вторых и более родов имеют сниженное количество неактивированных МПК, продуцирующих ИФ-γ – субтип CD69–/INFγ+ (первые роды – 7.2 (3.4-15.3) кл/мкл, вторые и более роды – 2.9 (0-7.2) кл/мкл, $p=0.013$). Также мы нашли тенденцию к сниженному количеству субтипа CD69–/INFγ+ у девочек, по сравнению с мальчиками ($p=0.063$). Не было найдено различий в продукции ИФ-γ другими субтипами

МПК (включая субтипы CD69+/INFγ+, CD4+/CD69+(–)/INFγ+), CD26+ и CD30+. Дополнительный анализ показал, что снижение количества CD69–/INFγ+ у новорожденных от повторных родов регистрируется только при наличии семейного анамнеза атопии у новорожденного (p=0.046), высокого (определено по медиане в нашей выборке) уровня общего IgE в пуповинной крови (p=0.042) и только у мальчиков (p=0,008), но не у девочек (p=0,427). ЗАКЛЮЧЕНИЕ: Таким образом, повторные роды могут предрасполагать к формированию атопии через снижение количества Th1 лимфоцитов пуповинной крови (субтип CD69–/INFγ+), что более выражено у мальчиков.

16.УРОВЕНЬ ОБЩЕГО IGE И ПОВЕРХНОСТНЫЕ МАРКЕРЫ МОНОНУКЛЕАРОВ (CD26 И CD30) ПУПОВИННОЙ КРОВИ НЕ ЯВЛЯЮТСЯ ПРЕДИКТОРАМИ ФОРМИРОВАНИЯ АТОПИИ У ДЕТЕЙ ГРУДНОГО ВОЗРАСТА

Терещенко С. Ю., Прохоренков В.И., Новицкий И.А., Ольховский И.А., Шакина Н.А., Исаков И.В., Васильева Л.В.
Институт медицинских проблем севера СО РАМН при поддержке гранта Президента РФ для государственной поддержки молодых российских ученых МД-4647.2006.7.

Предполагается, что CD30 и CD26 являются поверхностными маркерами, экспрессирующимися, в частности, на активированных Th2 и Th1 лимфоцитах, соответственно. ЦЕЛЬ: определить связь поверхностных маркеров CD26 и CD30 на мононуклеарах пуповинной крови (МПК) с уровнем общего IgE и оценить возможность их использования в качестве предикторов формирования АД у детей грудного возраста. МЕТОДЫ: С использованием проточной цитометрии определено процентное содержание CD26+ и CD30+ среди МПК, а также концентрация общего IgE у 117 доношенных новорожденных. У 41 вовлеченных новорожденных было оценено наличие АД в возрасте 1 года (АД установлен у 25 из них). РЕЗУЛЬТАТЫ: Нами было выявлено наличие следующих корреляционных связей концентрации общего IgE пуповинной крови: положительной с уровнем CD30+ лимфоцитов (r=0,28, p=0,006) и отрицательной с уровнем CD26+ лимфоцитов (r=-0,24, p=0,01); особенно показательна отрицательная корреляционная связь с отношением CD26/CD30 лимфоцитов (r=-0,37, p=0,0005). Не было найдено ассоциации экспрессии CD26, CD30, отношения CD26/CD30, а также уровня общего IgE с формированием АД грудного возраста (в качестве точек разделения выбраны медианы показателей в обследованной когорте новорожденных). Относительные риски составили 1.5 (0.67-3.33), 0.67 (0.37-1.19), 0.78 (0.42-1.45) и 1.24 (0.59-2.61), соответственно. В то же время, семейный анамнез атопии значительно повышал риск формирования АД в нашей когорте, RR – 3.22 (1.02-10.15). ЗАКЛЮЧЕНИЕ: Таким образом, экспрессия поверхностных маркеров CD26 и CD30 на МПК связана с продукцией IgE, вероятно, отражая соотношение активированных Th1/Th2 лимфоцитов. Однако снижение отношения CD26/CD30, как и уровень общего IgE пуповинной крови, не являются предикторами формирования атопического фенотипа у детей.

17.НИЗКАЯ ПРОДУКЦИЯ ИНТЕРФЕРОНА-γ (ИФ-γ) У НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ УВЕЛИЧИВАЕТ РИСК ФОРМИРОВАНИЯ АТОПИЧЕСКОГО ФЕНОТИПА В ГРУДНОМ ВОЗРАСТЕ: 1-ЛЕТНЕЕ ПРОСПЕКТИВНОЕ КОГОРТНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

Терещенко С. Ю., Прохоренков В.И., Новицкий И.А., Ольховский И.А., Шакина Н.А., Исаков И.В., Васильева Л.В.
Институт медицинских проблем севера СО РАМН при поддержке гранта Президента РФ для государственной поддержки молодых российских ученых МД-4647.2006.7.

В настоящее время предполагается, что возможна внутриутробная Th1/Th2 поляризация

иммунного ответа, однако маркеры такой поляризации, надежно ассоциированные с формированием атопии неизвестны. ЦЕЛЬ: Выявить связь между количеством мононуклеаров пуповинной крови (МПК) продуцирующих ИФ-γ и последующим риском формирования АД. МЕТОДЫ: Для изучения продукции ИФ-γ использован метод внутриклеточного окрашивания после стимуляции фитогемагглютинином МПК с последующим фенотипированием на лазерном проточном цитофлюориметре 95 доношенных новорожденных. У 41 вовлеченных новорожденных было оценено наличие АД в возрасте 1 года (АД установлен у 25 из них). Для сравнения данных использован критерий Манна-Уитни. РЕЗУЛЬТАТЫ: Только для неактивированных МПК, продуцирующих ИФ-γ (субтип CD69–/INFγ+), нами найдена выраженная ассоциация с формированием АД на первом году жизни в обследованной когорте новорожденных (количество CD69–/INFγ+ МПК у детей с АД было 3.3 (0-6.4) кл/мкл, в отличие от детей без АД – 9.4 (5.3-16.5) кл/мкл, p=0,006). Относительный риск формирования АД у новорожденных со сниженным количеством CD69–/INFγ+ (≤ 5.0 кл/мкл – медиана для нашей когорты) составил 3.4 (95% CI – 1.19-9.69). Статистическая значимость различий в количестве CD69–/INFγ+ МПК сохранялась после поправки на такие факторы, как семейный и материнский анамнез атопии, место проживания (город/село), порядок родов (первые/повторные), количества совместно проживающих лиц, наличие домашних животных и курения в окружении беременной, пол новорожденного. ЗАКЛЮЧЕНИЕ: Таким образом, снижение количества неактивированных МПК, продуцирующих ИФ-γ (субтип CD69–/INFγ+), свидетельствующее о внутриутробном сдвиге в балансе Th1/Th2, является сильным и независимым предиктором формирования АД у детей грудного возраста.

18. ВЛИЯНИЕ АДАПТАЦИИ К ПЕРИОДИЧЕСКОЙ ГИПОБАРИЧЕСКОЙ ГИПОКСИЧЕСКОЙ СТИМУЛЯЦИИ (АПГГС) НА ИЗМЕНЕНИЕ НЕКОТОРЫХ ЦИТОКИНОВ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ АЛЛЕРГИЧЕСКОМ ВОСПАЛЕНИИ

Воляник М.Н., Воляник О.В.
Оренбургская государственная медицинская академия

TNF-a имеет существенное значение в ранней фазе иммунного ответа, косвенно свидетельствует о преобладании у атопиков Th2 субпопуляции, а также отражает тяжесть и наличие обострения бронхиальной астмы. Биологические свойства IFN-α: проявляет противовирусное действие, тормозя репликацию вирусов, активируя макрофаги к лизису вирусинфицированных клеток и усиливает экспрессию молекул МНС-1 на неинфицированных клетках, что способствует их защите от киллерной атаки макрофагов. При нокауте гена IFN-α наблюдают снижение противовирусной резистентности организма. Цель исследования. Изучить уровни ФНО-α , ИФН-α в сыворотке крови детей, больных бронхиальной астмой и влияние АПГГС на изменение данных показателей. Материалы и методы. В исследовании участвовал 71 мальчик (33 - пубертатного возраста (12-15 лет) и 38 - препубертатного возраста (7-11 лет)) больных бронхиальной астмой легкой и средней степени тяжести в период ремиссии заболевания. АПГГС проводилась в условиях многоместной медицинской барокамеры «Урал-1». Курс лечения по апробированной методике составлял 24 сеанса. Уровень ФНО-α, ИФН-α определен до и после курса лечения методом ИФА. Результаты. ИФН-α имел тенденцию к повышению у 54,5% детей. В группе препубертата ИФН-α достоверно повысился ($p<0,001$) с 35,65±6,16 до 96,62±10,51 нг/мл; в группе пубертата ИФН-α также достоверно повысился ($p<0,01$) с 41,67±9,61 до 68,45±9,56 нг/мл. Показатели ФНО-α достоверно не изменились. Заключение.Таким образом, полученные результаты свидетельствуют об уменьшении хронического аллергического воспаления у детей больных бронхиальной астмой и усилении противовирусной защиты, что снижает риск обострения бронхиальной астмы.

19. ВЛИЯНИЕ БАРОАДАПТАЦИИ НА ПОКАЗАТЕЛИ АЛЛЕРГИЧЕСКОГО ВОСПАЛЕНИЯ ПРИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ

Воляник М.Н., Воляник О.В., Еремина Е.В.
Оренбургская государственная медицинская академия

Известно значение системы комплемента и цитокинов в патогенезе хронического аллергического воспаления. Цель работы. Установить влияние гипобаротерапии на ход аллергического воспаления. Материалы и методы. Произведен анализ изменений С1 ингибитора, С3, С4, С5, С5а, фактора Н, IFN- γ у 18 мальчиков от 7 до 11 лет больных бронхиальной астмой в период ремиссии под влиянием адаптации к гипоксической гипобарической стимуляции в условиях барокамеры «Урал1». Результаты. Отмечалось достоверное ($p<0,001$) снижение значения С1 ингибитора (1043,37±54,74 мкг/мл до и 422,20±38,64 мкг/мл после бароадаптации), достоверное ($p<0,001$) снижение показателя С5а с 77,96±12,76 до 15,95±4,67 мкг/мл. Значения фактора Н, С4, С5 в ходе лечения существенно не изменялись, показатель С3 незначительно увеличился. Уровень INF-γ повысился у 50% детей, а в целом отмечено снижение его уровня в пределах нормы (с 99,83±17,34 до 86,79±5,09 пг/мл). Заключение. Снижение значения С1 ингибитора и С5а в ходе баролечения свидетельствует о нормализации процессов активации комплемента как по классическому, так и по альтернативному пути, что вероятно связано с активацией кортикоадреналовой системы и повышением выработки глюкокортикоидов у больных бронхиальной астмой в процессе адаптации к гипобарической оксигенации (Воляник М.Н., 1993; Трофимов В.И., 1992). Выявленные изменения показателей свидетельствует о наличии хронического аллергического воспаления и уменьшение его при бароадаптации.

20.СРАВНИТЕЛЬНОЕ ИЗУЧЕНИЕ ВЛИЯНИИ РАДИАЦИИ В ДОЗЕ 0,2 ГР И ЦЕМЕНТНОЙ ПЫЛИ НА НЕСПЕЦИФИЧЕСКОЕ ЗВЕНО ИММУННИТЕТА .

Базарбаев Н. А.
Семипалатинская государственная медицинская академия, Республика Казахстан

Целью настоящего исследования явилось сравнительное изучение в эксперименте изменений неспецифического звена иммунитета при воздействии радиации в дозе 0,2 гр и цементной пыли. Методы исследования: Для решения поставленной цели выполнены 3 серии опытов на 40 белых беспородных крысах.1-ю группу (n=10)составил интактные животные, 2-ю группу (n=15) животные затравленные цементной пылью, 3-ю группу(n=15)облученные животные в дозе 0,2 Гр (n=15). Пневмокониоз моделировали интратрахеальным методом по Е.Н. Городенской (Гадаскина И.Д.,1954). Облучения в дозе 0.2 гр. гамма лучами Со60 проводили на радиотерапевтической установке Агат-РМ. >Результаты:Обнаружено снижение процента фагоцитарной активности клеток крови в опытных группах. Если у интактных животных она составляло 36,17±2,52 процентов, то у затравленных цементной пылью животных 35,75±3,19 процентов, у облученных 33,34±2,36 процентов. Отмечается достоверное повышение фагоцитарного числа во 2-й и недостоверное в 3-й опытных группах . Если у интактных животных оно составляло 1,59±0,24, то у животных 2-й группы оно повысилось на 2,11 раза ($P<0,001$). В 3-й группе оно составило 1,68±0,19. НСТ-тест спонтанный достоверно повышается в опытных группах по сравнению с контрольной группой Так во 2-й опытных группах достоверное повышение НСТ –теста отмечено соответственно с 4,87 ±1,55 до 10,38 ±1,05 или в 2,13 раза $P<0,05$). Достоверное повышение НСТ-теста в 3-й группе составил с 4,87 ±1,55 до 10,97 ±1,17 или в 2,25 раза ($P<0,05$).Заключение: Таким образом вышеуказанные изменения в иммунной системе 2-й и 3-й опытных

групп свидетельствует, что ионизирующая радиация и цементная пыль оказывает существенное влияние на неспецифическое звено иммунитета.

21.ИЗМЕНЕНИЕ В ГУМОРАЛЬНОМ ЗВЕНЕ ИММУННОЙ СИСТЕМЫ ПРИ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОМ ПНЕВМОКОНИОЗЕ.

Базарбаев Н. А.
Семипалатинская государственная медицинская академия, Республика Казахстан

Целью работы явилось изучить в эксперименте влияния цементной пыли на гуморальное звено иммунитета. Методы исследования: Для решения данной задачи выполнены 2 серии опытов на белых крысах.1 группа (n=10) интактные, 2 группа (n=15) затравленные цементной пылью. Пневмокониоз моделировали интратрахеальным методом по Е.Н. Городенской (Гадаскина И.Д.,1954). Для исследования антителообразующих клеток использовали метод локального гемолиза по Ерне (Jerne. Nordin, 1963). В-лимфоциты определяли по методу N.F.Mendes. Определение ЦИК в сыворотке крови осуществляли по методу M.Digeon в модификации Ю.А Алферова. Достоверность значений полученных результатов определяли по t-критерию Стьюдента. Результаты: Обнаружено достоверное повышения абсолютного количества В-лимфоцитов в группе запыленной цементной пылью с 329,29±21,12 до 472,44±49,18 или 1,43 раза (P<0,05), процентного содержания с 7,21 ±1,19 до 8,67±0,61 процентов. Отмечается достоверное повышение уровня ЦИК в опытной группе с 1,27± 0,02 до 2,53±0,25 или в 1,99 раза (P<0,001). Число АТОК достоверно повысился с 49,02±3,51 до 69,01± 3,91(P<0,05). Заключение: Таким образом, на эксперименте у крыс установлено, что цементная пыль вызывает существенное изменение в гуморальном звене иммунной системы, повышая количества В-лимфоцитов, уровня ЦИК в крови, числа антителообразующих клеток.

22.ВЛИЯНИЕ ЦИКЛОФЕРОНА НА ИММУННЫЙ И ЦИТОКИНОВЫЙ СТАТУС БОЛЬНЫХ РАСПРОСТРАНЕННЫМИ ФОРМАМИ ТУБЕРКУЛЕЗА ЛЕГКИХ С МНОЖЕСТВЕННОЙ ЛЕКАРСТВЕННОЙ УСТОЙЧИВОСТЬЮ

Шпаковская Н.С., Суркова Л.К., Скрягина Е.М., Егорова Н.В.
ГУ «НИИ пульмонологии и фтизиатрии», Минск, Беларусь

Цель: изучить влияние циклоферона в комплексном лечении больных туберкулезом легких на иммунологические показатели крови и цитокиновый статус.
Материалы и методы: обследовано 2 группы больных: основная, принимавшие циклоферон (n=18) в течение 1 мес. на фоне полихимиотерапии и контрольная группа (плацебо, n=17). Уровни цитокинов (ИЛ-1α, ИЛ-1β, ИЛ-8, ФНО-α, ИЛ-4, ИЛ-1Ra и γ-ИФН) определяли с помощью тест-системы ООО «Цитокин» (СПб).
Результаты. Отмечена более выраженная тенденция к увеличению СД3+ клеток и СД4+ в основной группе больных (соответственно 71,4% против 57,1% и 64,3% против 43,8%, в контрольной группе p<0,05); у половины больных возросло соотношение СД4+/СД8+. Значительных различий в содержании СД22+, СД25+, СД95+ и HLA фенотипов клеток не обнаружено. Наблюдалось увеличение функциональной активности нейтрофилов крови при применении циклоферона (с 46,5±2,5% до 55,5±2,5%, p<0,05). Повышение продукции сывороточного γ-ИФН при включении в схему лечения циклоферона отмечено в 77,8% случаев; уровень ИЛ-8 у 50% обследованных был без изменения. В отношении ИЛ-1α не получено достоверных изменений в процессе химиотерапии при применении циклоферона при сравнении с контролем и исходными данными; уровень ИЛ-4 в 75% наблюдений в основной группе снижался или оставался без изменения. Изначально низкое содержание ИЛ-1β повышалось у всех обследованных пациентов, получавших циклоферон. Уровень продукции ИЛ-1Ra колебался от низких до высоких показателей. В

основной группе уровень продукции ФНО-α увеличивался у 2/3 больных.

Заключение. Включение циклоферона в комплексную полихимиотерапию больных распространенными формами туберкулеза легких с МЛУ способствовало развитию иммунного ответа по Th1-типу и усилению функциональной активности нейтрофилов.

23.ВЛИЯНИЕ ЛОКАЛЬНОЙ ЭКСПРЕССИИ ЦИТОКИНОВ НА ХАРАКТЕР ТЕЧЕНИЯ И ПРОГРЕССИРОВАНИЯ ТУБЕРКУЛЕЗА ЛЕГКИХ С МНОЖЕСТВЕННОЙ ЛЕКАРСТВЕННОЙ УСТОЙЧИВОСТЬЮ

Суркова Л. К., Шпаковская Н.С., Дюсьмикеева М.И., Залуцкая О.М.
ГУ "НИИ пульмонологии и фтизиатрии", Минск, Беларусь

Цель: изучить некоторые компоненты цитокиновой сети в бронхоальвеолярных смывах больных прогрессирующим туберкулезом легких с множественной лекарственной устойчивостью для выявления их иммунопатогенетических особенностей.
Материалы и методы: жидкость бронхоальвеолярного смыва (ЖБАС), из резециро-ванных участков легких 31 оперированного больного в возрасте 20-66 лет, страдавшего прогрессирующими формами туберкулеза легких с МЛУ. Уровни цитокинов (ИЛ1-α, ИЛ-1β, ИЛ-8, ФНОα, ИЛ-4, ИЛ-1Ra и γИФН) определяли с помощью тест-системы ООО «Цитокин» (СПб). Распространенность и интенсивность развития туберкулезного воспаления оценивали на основе морфологических и гистобактериологических исследований операционного материала. Острое прогрессирование туберкулеза установлено у 5, умеренное – у 22, реактивация – у 4 больных. Результаты. Повышение содержания ИЛ-1α в ЖБАС было выявлено у больных фиброзно-кавернозным туберкулезом легких по сравнению с туберкулемами ($p<0,01$), наиболее низкий уровень ИЛ-4 отмечен при туберкулеме с умеренным прогрессированием процесса ($p<0,05$). Выявлена связь распространенности и интенсивности развития туберкулезного процесса от разных уровней локальной продукции ИЛ-8 и ФНО-α. В очагах остропрогрес-сирующего воспаления с массивной обсемененностью МБТ выявлено повышение уровня провоспалительных цитокинов ИЛ-1, ИЛ-8 и ФНО-α и активация продукции ИЛ-4 ($p<0,05$) и ИЛ-1RA ($p<0,01$), которая являлась компенсаторно недостаточной. Заключение. Распространенность и интенсивность развития туберкулезного процесса связаны с соотношениями между продукцией про- и противовоспалительных цитокинов и экспрессией их в очагах воспаления.

24.КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ И СТРУКТУРА АЛЛЕРГИЧЕСКИХ РЕАКЦИЙ У БОЛЬНЫХ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИЕЙ

Коповая Н.Ю., Шепеленко А. Ф., Овсянников В.В., Дмитриев Ю.К.
ГВКГ им. Н.Н. Бурденко

Цель: Изучение частоты, структуры аллергозов у больных внебольничной пневмонией (ВП); определение их влияния на клиническое течение, диагностику и лечение пневмоний. В пульмонологической клинике ГВКГ им. Н.Н. Бурденко методом сплошной выборки в течение 2000-2006гг. отобраны и обследованы 60 больных ВП с сенсибилизацией организма и различными клинико-лабораторными проявлениями аллергозов – основная группа. Возраст пациентов данной группы колебался в интервале 18-72 лет, составив в среднем 34,1 ± 4,5 лет. Мужчин в ней было - 91,7%, женщин -8,3%. Сравнительная группа – 50 больных ВП без сенсибилизации, отобранных методом случайной выборки в 2006г. Изучение наследственной предрасположенности к аллергическим реакциям выявило аллергические заболевания у родственников пациентов контрольной группы в 1,9% случаев, в основной группе – в 34,2%. Чаще ВП с аллергическими проявлениями возникает у лиц до 32 лет (53,3 %). Исследование клинических проявлений аллергических реакций показало, что аллергический ринит

составил – 20%, бронхиальная астма - 1,6%, поллиноз - 26%, хроническая крапивница - 38%, пищевая аллергия -10%, медикаментозная аллергия - 50%. У лиц с риноконъюнктивальным синдромом выявлены признаки преимущественно аллергии (сенсибилизация к домашней пыли 10,6 %, библиотечной пыли 6 %, эпидермальным аллергенам 11,6 %). Обострение поллиноза наблюдалось в 6,8%. Как причина аллергизации на первом месте была пыльца злаковых трав - 13 %, на втором – пыльца сорных трав – 11,6 %, на третьем – пыльца деревьев 3,3 %. При медикаментозной аллергии чаще наблюдалась сенсибилизация к антибиотикам пенициллинового ряда - 30,4 %, сульфаниламиды - 7,2 %, НПВП - 13, %. В сравнительном аспекте изучены особенности и выраженность основных клинических синдромов пневмонии у пациентов.

25.ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ АЛЛЕРГИЧЕСКИХ БОЛЕЗНЕЙ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

Булгакова В. А.
ГУ Научный центр здоровья детей РАМН, Москва

Цель: изучение антительного иммунного ответа, цитокинового статуса, апоптоза иммунокомпетентных клеток у детей и подростков с респираторной аллергией. Методы исследования: у 96 пациентов с атопической бронхиальной астмой и аллергическим ринитом в возрасте от 3 до 16 лет в сыворотке крови определялось содержание растворимых маркеров апоптоза sAPO-1/FAS (sCD95), sFAS Ligand (sFASL), sCD30, sCD40; интерлейкинов (IL) 2, 4, 5, 6, 8, 10, 13, а также TNF-α, IFN-γ, общего IgE методом ИФА, IgG, IgM, IgA, субклассов IgG (G1, G2, G3, G4) методом лазерной нефелометрии. Результаты сопоставлялись с показателями обследованных ранее относительно здоровых детей, взятых как нормативные. Результаты: выявлено снижение концентрации маркеров апоптической готовности DR5, к1 и тенденция к повышению содержания его ингибиторов sCD95, sCD30, sCD40, незначительное повышение уровня sFASL, указывающие на ингибицию апоптоза как ранней, так и поздней стадии. У всех обследованных пациентов определены изменения показателей цитокинового статуса - снижение уровней IFN-γ, IL 2, 10 ($p<0,05$), повышение уровней IL 4, 5, 6, 8, 13, TNF-α ($p<0,01$) и антительного ответа - повышение уровней общего IgE и IgG, снижение IgG3, тенденция к повышению IgG2 и значительное повышение концентрации IgG4 ($p<0,05$). Наблюдаемые изменения были более выражены при тяжелом и продолжительном течение бронхиальной астмы, при сочетанном течении бронхиальной астмы с аллергическим ринитом, пищевой и лекарственной аллергией, в периоде обострения, а также при частых острых респираторных инфекциях ($p<0,01$).Заключение: таким образом, результаты исследования свидетельствуют о нарушениях иммунорегуляции у детей и подростков с аллергическими болезнями органов дыхания и обуславливают поиск новых подходов к лечению.

Бронхиальная астма взрослых

26.БРОНХОДИЛЯТАТОРЫ И НАРУШЕНИЕ СЕРДЕЧНОГО РИТМА У ПАЦИЕНТОВ СО СРЕДНЕТЯЖЕЛОЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ (БА)

Перцева Т.А., Гашинова Е. Ю., Онищенко Т.С.
ДГМА

Обследовано 30 амбулаторных пациентов со среднетяжелой персистирующей БА: 15 больным (6 мужчин, средний возраст 38.5+/-6.1 лет) на фоне приема средних доз ингаляционных кортикостероидов был назначен бета-2-агонист длительного действия сальметерол в дозе 50 мкг/сут (группа 1); 15 пациентов (7 мужчин, средний возраст 37.3+/-6.9 лет) на фоне приема средних доз ингаляционных кортикостероидов принимали

бета-2-агонист короткого действия сальбутамол «по требованию» (группа 2).
Функция внешнего дыхания оценивалась по данным спирометрии, сердечный ритм – по результатам холтеровского суточного мониторирования до и через один месяц после начала терапии.
Результаты. До начала лечения достоверных различий в показателях ФВД и частоте встречаемости различных нарушений ритма в группах сравнения выявлено не было. Через один месяц после начала лечения ОФВ1 в группе 1 составлял 78,4+/-7,3%, а в группе 2 - 68,3+/-6,1% от должных (р меньше 0.05).
Частота нарушений ритма у пациентов обеих групп после одного месяца лечения была следующей: синусовая тахикардия регистрировалась у 80% пациентов группы 1 и 86,6% - группы 2. Суправентрикулярная экстрасистолия регистрировалась у 86.6% в обеих группах. Желудочковая экстрасистолия была у 13.3% группы 1 и 26.6% группы 2. Удлинение QTc интервала не было зарегистрировано ни у одного пациента в обеих группах.
Выводы. Регулярное применение сальметерола достоверно улучшает функцию внешнего дыхания у больных со среднетяжелой бронхиальной астмой и демонстрирует больший профиль безопасности по частоте нарушений ритма, чем применение сальбутамола «по требованию».

27.ТЯЖЕЛОЕ ОБОСТРЕНИЕ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ (БА): ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ

Гашинова Е. Ю.
ДГМА

Цель исследования: выявить значимые факторы риска развития тяжелого обострения БА.
Материалы и методы. Обследовано 46 пациентов (18 мужчин, 28 женщин, средний возраст 43,5±9,7 лет), поступивших в терапевтическое отделение 6-й городской больницы в связи с тяжелым обострением БА (группа 1) и 46 амбулаторных больных (15 мужчин, 31 женщина, средний возраст 44,3±9,2 лет) со стабильной среднетяжелой астмой, не имевших тяжелых обострений болезни на протяжении минимум 12 месяцев (группа 2). Оценивалось наличие сопутствующей патологии, длительность заболевания, частота и регулярность посещения врача, используемые медикаменты, владение приемами самоконтроля течения заболевания (пикфлоуметрия, ведение дневников).
Результаты. Наличие хронической инфекции дыхательных путей было выявлено у 29 пациентов группы 1 и у 12 в группе 2 (OR=4,83). Аспириновая астма наблюдалась у 4 больных группы 1 и 1 – в группе 2(OR=4,29). Гастроэзофагеальный рефлюкс был подтвержден у 8 пациентов группы 1 и 7 – группы 2 (OR=1,12). Наследственная предрасположеннсть к БА была установлена у 24 и 25 пациентов группы 1 и группы 2 соответственно. Пациенты группы 2 регулярнее посещали врача (OR=8,67), в 100% случаев (против 60,1% в группе 1) использовали в качестве базисной терапии комбинации ингаляционных кортикостероидов и 2-агонистов длительного действия, чаще использовали приемы самоконтроля (OR=0,12). Выводы. Клинически значимыми факторами риска развития тяжелого обострения БА являются наличие инфекционных заболеваний дыхательных путей, непереносимости аспирина, нерегулярное посещение врача. Использование в качестве базисной терапии комбинации ингаляционных кортикостероидов и β2-агонистов длительного действия, а также самоконтроль течения заболевания позволяют уменьшить риск тяжелого обострения БА.

28.НОВЫЕ АСПЕКТЫ ПАТОГЕНЕЗА, ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ АСПИРИНОВОЙ ТРИАДЫ

Евсюкова Е. В., Окунева Е.Ю.

СПб Государственный университет Медицинский факультет

Рост заболеваемости аспириновой астмой (АсБА) в сочетании с полипозной риносинусопатией, существенно ухудшающей качество жизни больных, определяет актуальность изучения общих механизмов их развития и совершенствования методов терапии. Результаты наших исследований позволили обосновать новый механизм развития АсБА, свяханный с низкой продукцией мелатонина (МТ) тромбоцитами (ТР) вследствие дефекта их мембрано-рецепторного аппарата. Следствием низкой эндогенной продукции МТ у больных АсБА является нарушение микроциркуляции в лёгких, изменение состояния тромбоцитарно-сосудистого звена гемостаза, иммунных реакций, снижение антиоксидантной активности, предрасположенность к возникновению гиперпролиферативных и опухолевых заболеваний. Получены данные о высокой эозинофилии в ткани полипов у больных аспириновой триадой и имеющейся только у них высокой корреляции со свечением в ткани МТ. Следовательно, в условиях резкого снижения образования МТ в ТР у больных АсБА возрастает роль эозинофилов в продукции и/или доставке этого гормона в различные ткани, в том числе и в ткань полипов. Тем самым МТ обеспечивает необходимую защиту, регулируя гомеостаз в полости носа. Таким образом, выяснен механизм постоянного рецидивирования полипозной риносинусопатии у больных аспириновой триадой после неоднократных полипэктомий и связь обострений АсБА после удаления полипов, что позволило разработать новый подход к комплексной медикаментозной терапии аспириновой триады.

29.ОЦЕНКА КЛИНИЧЕСКОЙ И СОЦИАЛЬНОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ АСТМА-ШКОЛЫ

Жукова И.В., Стародубцева О.И., Решетникова О.В., Вахрушев Я.М., Алексеева Е.А.
ГУЗ РКДЦ МЗ УР г. Ижевск, ГОУ ВПО ИГМА МЗ РФ г. Ижевск, 1 РКБ МЗ УР, г. Ижевск.

Цель: изучение эффективности астма-школы в оздоровлении и улучшении качества жизни пациентов с БА. Материалы и методы: Обучение в астма-школе прошли 50 пациентов в возрасте от 18 до 75 лет, из них 30 занимались по групповой методике и 20 - индивидуально. Занятия проводятся на базе РКДЦ. Социальная эффективность астма-школы оценивалась методом анонимного анкетирования больных с определением удовлетворённости пациентов качеством обучения и динамикой самочувствия, а также путём анализа течения заболевания. Проведено изучение степени медицинской активности и санитарной грамотности больных. Эффективность астма-школы оценивали до и после бучения. Результаты: Результаты работы астма-школы оценивались через 6 месяцев после проведения занятий с помощью анкетирования. После обучения 38 пациентов (76%) начали регулярный прием ингаляционных глюкокортикостероидов, 12 (24%) -перешли на прием более современных препаратов (серетид, симбикорт). У больных после обучения не было вызовов скорой медицинской помощи. Частота госпитализаций снизилась на 30%. В большинстве случаев обострения БА лечились амбулаторно и в более короткие сроки. Все отметили улучшение качества жизни и могли выполнять привычную рабочую нагрузку, 2 продолжили занятие спортом. Оценка качества жизни проводилась с помощью Теста контроля астмы. По результатам теста 2 пациентов полностью могли контролировать течение БА, 38 - достаточно успешно могли контролировать БА и 9 пациентов лишь периодически могли контролировать течение БА. Таким образом, при обучении больных БА в астма-школе достигается, помимо главного-медицинского, и социальный эффект.

30.РИНОБРОНХИАЛЬНЫЙ РЕФЛЕКС У БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

Юрков И.В., Соломаха Н.Б., Дидур М. Д.

Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им.акад.И.П.Павлова

С целью изучения ринобронхиального рефлекса у больных БА мы исследовали ответы на эндоназальные воздействия ультразвуком (УЗ) и гальваническим током (ГТ) у 21 больного вазомоторным ринитом (ВР) без сопутствующей патологии легких и у 62 больных ВР в сочетании с БА. В группы сравнения были включены 20 пациентов с БА без сопутствующей патологии носа и 20 клинически здоровых лиц. При пробе с УЗ выявилось ухудшение проходимости бронхов у 3 (0,14) больных ВР без сопутствующей патологии легких, 4 (0,20) больных БА без патологии носа и у 16 (0,26) пациентов с ВР и БА. Улучшение бронхиальной проходимости наблюдалось только у двух больных ВР в сочетании с БА. Среди всех выявленных значимых бронхомоторных реакций достоверно преобладали констрикторные (0,92) над дилатационными (0,08). Реакции со стороны средних и мелких бронхов, были значимыми при достоверных изменениях ОФВ1 после провокаций (0,96) и всегда носили однонаправленный характер. При УЗ выявлялись реакции проксимальных бронхов только в сторону их сужения. Проба с ГТ сопровождалась значимыми бронхомоторными реакциями во всех группах больных. Среди ответов бронхов встречались и констрикторные (0,16) и дилатационные (0,08). В группе больных БА без патологии носа установлено достоверное преобладание бронхоконстрикторных (0,20) над бронходилатационными (0,05) реакциями. Ухудшение проходимости бронхов отмечалось в группе пациентов с ВР и БА у 15 (0,24) чел., а улучшение - у 9 (0,15); в группе ВР без патологии легких - у 3 (0,14) и 2 (0,09) соответственно. Существенных различий между группами по частоте встречаемости бронхомоторных реакций не выявлено.

31. ДОЗ ЧЕЛОВЕЧЕСКОГО РЕКОМБИНАНТНОГО А-2 ИНТЕРФЕРОНА НА УРОВЕНЬ ЕСР У БОЛЬНЫХ С СЕЗОННОЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ В СОЧЕТАНИИ С АЛЛЕРГИЧЕСКИМ РИНОКОНЪЮНКТИВИТОМ.

Осипова В.В.-1, Григорян С.С.-2, Чучалин А.Г.-1
ФГУ НИИ пульмонологии Росздрава, Москва -1, ГУ НИИ эпидемиологии и микробиологии им. Н.Ф.Гамалеи РАМН, Москва -2.

Цель исследования: оценить влияние низких доз человеческого рекомбинантного альфа-2 интерферона (ЧР α2 ИФ) на уровень ЕСР у больных с сезонной бронхиальной астмой в сочетании с аллергическим риноконъюнктивитом. Материалы и методы: под наблюдением находилось 20 пациентов. Все больные в течение 30 дней до начала сезона цветения деревьев ежедневно получали оромукозально ЧР α2 ИФ в дозе 2000 МЕ. Группу контроля составило 11 пациентов. Все пациенты были атопиками, сенсибилизированные к аллергенам пыльцы деревьев. Для определения ЕСР в сыворотке крови использовался иммуноферментный метод в коммерческой тест-системе ImmunoCAP 100, Фармация, Швеция. Результаты: уровень ЕСР до лечения у пациентов 1-ой группы (основной) был выше, чем у пациентов 2-ой группы (контрольной) и в среднем составил 252.89±141.15 мкг/л (при норме до 11,5 мкг/л), у пациентов 2-ой группы в среднем составил 61.36±55.47 мкг/л. После лечения уровень ЕСР у пациентов 1-ой группы достоверно уменьшился и составил в среднем 100.57±124.68 мкг/л, однако после сезона цветения деревьев отмечалось некоторое недостоверное увеличение этого показателя до 161.16±143.32 мкг/л. У пациентов 2-ой группы отмечалось недостоверное увеличение уровня ЕСР до 84.81±111.60 мкг/л и достоверное увеличение после сезона цветения деревьев до 151.02±183.98 мкг/л. Заключение: профилактическое применение низких доз ЧР α2 ИФ способствует снижению показателей ЕСР, а значит уменьшению воспалительного процесса в дыхательных путях бронхиального дерева, что позволяет рекомендовать его в качестве препарата выбора для профилактической терапии у больных с сезонной бронхиальной астмой в сочетании с аллергическим риноконъюнктивитом.

32.ИНТЕРВАЛЬНАЯ НОРМОБАРИЧЕСКАЯ ГИПОКСИ-ТЕРАПИЯ В АМБУЛАТОРНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

Оберемок А.Н.-1, Трубников Г.В.-2
1- НУЗ ОКБ ст. Барнаул ОАО «РЖД», 2- ГОУ ВПО «АГМУ Росздрава»

С целью повышения контроля в лечении больных бронхиальной астмой (БА) проведено амбулаторное наблюдение с использованием интервальной нормобарической гипокситерапии (ИНГ) у 32 больных. Возраст 18-60 лет, муж-21, жен-11, БА легкой (12 чел.) и средней (20 чел.) тяжести в фазе ремиссии. Все ранее (1,5-2 мес. назад) находились на госпитальном лечении с лекарственной базисной терапией и ИНГ с положительным эффектом. Метод ИНГ: пятиминутные циклы ингаляций гипоксической газовой смесью FiO2 0,12 с интервалом 5 мин в течение часа, курс из 10 процедур в удобное для пациентов время дня. У 17 с сохраненной занятостью на производстве. Эффективность оценивалась по показателям ОФВ1, оксидантного статуса в крови, и содержанию ответа при использовании опросника контроля над астмой. Выявлено значимое воздействие курса ИНГ на оксидантный гомеостаз, более выраженное у лиц с легкой степенью заболевания. У большинства отмечен отказ от b2-агонистов. При средней степени тяжести БА исчезли ночные приступы, улучшились показатели ОФВ1, отсутствовали обострения. Таким образом, при использовании ИНГ на амбулаторном этапе возможна профилактика обострений с повышением контроля в течении БА.

33.ТЕСТ АСТ - ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ДЛЯ КОНТРОЛЯ ТЕЧЕНИЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ

Минеев В.Н., Супранович И.Ю., Трофимов В.И.
СПб Государственный медицинский университет имени академика И.П.Павлова

Цель. Оценить возможности использования теста АСТ как наиболее простого и эффективного метода контроля за течением БА. Методы. С помощью АСТ теста проводилось анкетирование 71 пациента, оценивалось состояние больных на догоспитальном этапе, затем через месяц после выписки из стационара.
Результаты. С помощью теста АСТ на догоспитальном этапе выявлено, что 100% больных полностью не удавалось контролировать БА. Однако 45% больных БА субъективно считали, что их астма хорошо или полностью ими контролируется. Исследования через один месяц после стационара показали, что 75% обследованных больных достигли хорошей степени контроля над астмой. Удалось добиться значительного улучшения контроля над БА во всех возрастных группах. Значительные улучшения контроля над БА произошли во всех группах больных в зависимости от тяжести заболевания. Улучшились показатели теста АСТ в группах больных в зависимости от варианта БА. Обнаружена значимая положительная корреляция между параметрами функции внешнего дыхания и результатами теста АСТ на догоспитальном и после госпитальном периоде.
Кроме того, у больных АБА имеется прямая связь между тестом АСТ на догоспитальном этапе и циркулирующими иммунными комплексами. Обнаружена также значимая отрицательная корреляция между результатами теста АСТ на догоспитальном этапе и параметрами клинического анализа крови и мокроты. Заключение. Тест АСТ может применяться для контроля БА, для подбора оптимальной терапии, проводить скрининг пациентов и выявлять больных с неконтролируемой астмой, вносить изменения в лечение с позиции достижения полного контроля; повысить эффективность внедрения клинических рекомендаций, обучить пациентов факторам риска неконтролируемой астмы, контролировать БА как клиницистам, так и пациентам в любой обстановке.

34.ИЗМЕНЕНИЕ УРОВНЯ STAT6 ПРИ АЛЛЕРГИЧЕСКОЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ

Минеев В.Н., Сорокина Л.Н., Радионова М.В., Нема М.А., Жила И.Е., Рожкова О.М.
СПбГМУ им. акад. И.П.Павлова

JAK-STAT система или путь состоит из Янус-киназы (JAK) и сигнального белка-трансдуктора и активатора транскрипции (STAT) и передает информацию, воспринимаемую от внеклеточных полипептидных сигналов, посредством трансмембранных рецепторов, непосредственно к промоторам генов-мишеней в ядре. При бронхиальной астме (БА) происходит возрастание уровня активированного STAT6, что может иметь решающее значение для дифференцировки Th0 в Th2, при IL-4 сигнализации. Хорошо известно, что при БА наблюдается сдвиг в сторону Th2-иммунного ответа, опосредованного через IL-4 путь сигнализации. При этом повышается синтез IgE, усиливается адгезия к эндотелию эозинофилов и базофилов. Активация STAT6 является ключевым звеном в дифференцировке Th2 и продукции соответствующих цитокинов. Цель исследования – изучить экспрессию STAT6, pSTAT6 у больных аллергической (атопической) БА. Материалы и методы. Обследовано 5 практически здоровых лиц и 20 больных аллергической (атопической) БА, не получающих глюкокортикостероиды. Применяли методику Western blotting в соответствии со стандартным протоколом (Amersham) с использованием соответствующих антител: анти-STAT6, анти-pSTAT6 (Cell Signaling). Результаты. Выявлено нарастание уровня экспрессии активированного pSTAT6 (фосфорилированная форма) в лимфоцитах периферической крови у больных аллергической БА в фазе обострения. Уровень экспрессии STAT6 в лимфоцитах периферической крови у больных аллергической БА в фазе обострения был достоверно выше, чем в контрольной группе и имел отрицательную корреляционную связь с ОФВ1. Заключение. STAT6 и pSTAT6 могут играть важную роль в патогенезе БА. Можно полагать, что обострение БА у пациентов, не получающих глюкокортикостероиды, ассоциировано с выраженным клеточным воспалительным процессом.

35.КОМБИНИРОВАННОЕ МЕДИКАМЕНТОЗНОЕ И КВАНТОВОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ С ХРОНИЧЕСКИМ ПОЛИПОЗНЫМ РИНОСИНУСИТОМ

Самсонов В.П., Перельман Ю.М., Хмелькова Э.В., Заварзина Е.В.
ГУ Дальневосточный научный центр физиологии и патологии дыхания СО РАМН

Цель: изучить лечебные возможности медикаментозной и квантовой терапии больных бронхиальной астмой с хроническим полипозным риносинуситом.
Методы: Пролечено 111 больных бронхиальной астмой (БА) с хроническим полипозным риносинуситом (ХПРС) интраназальными ингаляциями беклометазона, орошением слизистой носа раствором мирамистина и облучением полостей носа, крови гелий-неоновым лазером. Эффективность лечения оценивали по клиническим, спирографическим, морфологическим, исследованиям, оценке кондиционирующей функции носа. Результаты: В результате 4-недельного вышеописанного лечения, на фоне базисной терапии БА, у всех больных восстановилось носовое дыхание и кондиционирующая функция носа, исчезали очаги воспаления в носу, происходила редукция полипозной ткани вплоть до ее полного исчезновения, подтвержденная морфологическими данными. Достоверно реже у больных БА возникали приступы удушья, спирографически – улучшилась бронхиальная проходимость. Лечение больных БА с ХПРС по результатам разработанной технологии в 95, 2% случаев обеспечивало достижение полного или частичного контроля заболевания через 6 месяцев после проведенной терапии. Выводы: предложенный метод лечения БА и ХПРС улучшает течение БА и излечивает ХПРС.

36.ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА ТЯЖЕСТЬ ТЕЧЕНИЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ

Акулова М.Н.-1, Овчаренко С.И.-1, Дробижев М.Ю.-2, Ищенко Э.Н. -1
ММА им. И.М.Сеченова, Москва - 1, Научный центр психического здоровья РАМН, Москва - 2

Цель исследования – проспективный анализ факторов, влияющих на динамику тяжести течения бронхиальной астмы (БА). Материалы и методы: Обследовано 115 пациентов с БА, получавших адекватную базисную терапию. Через год 106 больных обследованы повторно и в зависимости от динамики тяжести БА поделены на три группы: I – с уменьшением тяжести – 55 больных, II – без изменения – 18 больных и III – с увеличением тяжести БА – 33 пациента. Группы сравнивали по демографическим характеристикам, факторам, способствующим развитию и обострению БА, длительности БА и характеру ее терапии, а также выраженности депрессии по госпитальному опроснику тревоги и депрессии (ГОТД). Результаты: Группы были сопоставимы по полу, возрасту, уровню образования, профессиональной занятости, семейному положению, количеству больных БА в семье, доходу семьи, затратам на лечение, наличию медицинской страховки на лечение. В I группе отмечено наименьшая длительность БА (8,9±9,6 лет), редко случаи атопии (32,3%), низкая сумма баллов по депрессии (5,5±2,2) по ГОТД. 60% больных этой группы лечились одним комбинированным ингалятором. В группе III отмечена наибольшая длительность БА (13,9±9,4 лет), более часто случаи атопии (63,6%), самая высокая сумма баллов по депрессии (8,5±3,4) по ГОТД. Гораздо реже использовалась терапия одним комбинированным ингалятором (24,2%). Во II группе – отмечены промежуточные показатели: доля лиц с атопией - 50%, длительность БА - 10,5±10,1 лет, средний балл по депрессии - 6,0±2,4 по ГОТД, количество больных, принимавших один комбинированный ингалятор - 33,3%. Выводы: Возможность улучшения состояния больных БА выше при меньшей длительности БА, меньшей выраженности атопии и депрессии, при лечении одним комбинированным ингалятором. Последние два фактора являются модифицируемыми.

37.ГЕНЕТИЧЕСКИЙ КОНТРОЛЬ МЕХАНИЗМА ТРАНСПОРТА ГЛЮКОКОРТИКОИДОВ И РЕГУЛЯЦИИ ИНТЕРЛЕЙКИНА 4 У БОЛЬНЫХ ТЯЖЕЛОЙ АСТМОЙ

Ж.А.Миронова-1, В.И.Трофимов-1, Е.Д.Янчина-2, М.В.Дубина-2, М.А. Симакова-1
1-Кафедра госпитальной терапии, 2-отдел молекулярно-генетических технологий ГО ВПО СПбГМУ им.акад.И.П.Павлова Росздрава

Цель исследования - определение частоты встречаемости полиморфизма C3435T гена MDR1 и C590T гена интерлейкина IL4 у больных астмой (БА) в зависимости от степени тяжести заболевания. Нами было обследовано 55 больных БА, не связанных узами родства, из них 27 пациентов (49%) с тяжелым течением БА и 28 больных (51%) со средней степенью тяжести заболевания. Генотипирование проводили с использованием технологии ПЦР и анализа длины рестрикционных фрагментов. В результате проведенных исследований показано, что у больных с тяжелым течением заболевания ген MDR1 в гетерозиготном варианте генотипа (C/T) встречался у 48% (n=13) обследованных пациентов, тогда как у лиц со средней тяжестью заболевания только у 9 (32%) пациентов. У гетерозигот гена MDR1 чаще встречалось носительство аллеля T (C/T и T/T) гена IL4 n=12 (35%), тогда как у лиц с генотипом TT гена MDR1 только у 26% больных (n=9) определялось носительство T аллеля гена IL4. Однако, у гомозигот (C/C) гена MDR1 носительство генотипа C/C гена IL4 наблюдалось у 48% (n=15) больных, а у гомозигот по мутации (T/T) гена MDR1 у 9 (29%) пациентов определялось носительство

аллеля Т гена IL4, x2=8,79, p=0,0030. У пациентов с генотипом С/Т встречаемость остеопороза и синдрома Иценко- Кушинга была также достоверно выше (1,45±0,10), чем у гомозигот по Т/Т (1,07±0,07), p< 0,05. Более высокие значения ОФВ1 (67,94%±4,15%) у гомозигот (С/С), чем у пациентов с носительством аллеля Т гена IL4 (62,48 % ± 3,40 %), p< 0,05. Таким образом, нами выявлена ассоциация между аллелем С гена MDR1 (C3435T) и аллелем Т гена IL4 (C590T) у больных тяжелой БА. Это связано с возможной ролью генетического контроля механизма транспорта цитокинов и ГК и, вероятно определяет вариабельность «цитокинового профиля», эффективность противовоспалительной терапии.

38. РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ В РЕСПУБЛИКЕ БАШКОРТОСТАН

Загидуллин Ш.З. -1., Хуснутдинова Э.К-2., Шалухина А.Р.-2., Карунас А.С.-2, Хафизов Н.Х.-1., Нугуманова З.Р.-1
Башкирский государственный медицинский университет-1, Институт биологии и генетики человека Уфимского научного центра Российской академии наук-2, г.Уфа

Цель исследования: изучить территориальные особенности распространения бронхиальной астмы в Республике Башкортостан (РБ). Методы исследования: анализ эпидемиологической ситуации по бронхиальной астме в РБ проведен трех возрастных группах населения: у детей (0-14 лет), подростков (15-17 лет) и взрослых с использованием статистической отчетности Министерства здравоохранения РБ. Результаты и обсуждение. Распространенность БА в Республике Башкортостан составляет 775,5 на 100 тыс. населения. Характер распространения заболевания на территории республики неравномерен: распространенность в отдельных районах РБ колеблется от 223,3 до 3046,3 на 100 тыс. населения. Наиболее высокие показатели распространенности отмечены в северо-восточных районах РБ. Анализ динамики эпидемиологических показателей БА в РБ показал достоверное увеличение распространенности заболевания за период с 1999 по 2005г.г.: с 540,5 на до 758,5 на 100 тыс. населения ($\chi2$=25,58, p=0,00001) и, значимое снижение заболеваемости с 74,1 в 1999 г. до 45,4 на 100 тыс. населения в 2005 г. ($\chi2$=9,31; p=0,025) в возрастной группе 18 лет и старше. Распространенность и заболеваемость БА в возрастных группах 0-14 и 15-17 лет среди городских жителей достоверно выше, чем среди сельских (p<0,05). При сравнении основных эпидемиологических показателей БА с уровнем загрязненности отдельными поллютантами выявлена прямая корреляция распространенности и заболеваемости БА со стандартным индексом (СИ) взвешенных частиц (r=0,44, p<0,05; r=0,70, p<0,05) и прямая корреляция заболеваемости БА с СИ оксида углерода (r=0,47, p<0,05).

39. МОЛЕКУЛЯРНО-ГЕНЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ПРЕДРАСПОЛОЖЕННОСТИ К БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ В РЕСПУБЛИКЕ БАШКОРТОСТАН

Хуснутдинова Э.К-1., Загидуллин Ш.З.-2., Шалухина А.Р.-2., Карунас А.С.-1., Нугуманова З.Р.-1
Институт биологии и генетики человека Уфимского научного центра Российской академии наук-1, Башкирский государственный медицинский университет-2, г.Уфа

Цель исследования: изучить полиморфные варианты генов цитокинов и их рецепторов, β2–рецепторов и рецепторов липополисахаридов CD14 больных бронхиальной астмой (БА) и практически здоровых людей с учетом этнической принадлежности и клинической формы заболевания. Методы исследования: ДНК выделялась из периферической крови 158 больных БА методом фенольно-хлороформной экстракции. Анализ полиморфных ДНК-локусов осуществляли методом полимеразной цепной реакции синтеза ДНК и полиморфизма длин рестрикционных фрагментов с последующим электрофорезом в 7%

полиакриламидном геле. Результаты и обсуждение: Выявлены значимые различия в распределении частот аллелей и генотипов полиморфных локусов генов IL4 (-590C>T), IL4RA (Ile50Val), IL10 (-627C>A), ADRB2 (Arg16Gly и Gln27Glu), CD14 (-159C>T) между здоровыми донорами различной этнической принадлежности (русскими, татарами, башкирами). Обнаружена ассоциация аллеля IL4*T -590C>T полиморфизма гена интерлейкина 4 с риском развития БА у лиц татарской этнической принадлежности. Установлено, что маркерами повышенного риска развития БА у русских являются генотип IL4RA*Ile50/*Ile50 полиморфного локуса Ile50Val гена α-цепи рецептора интерлейкина 4, генотип ADRB2*Gln27/*Glu27 полиморфного локуса Gln27Glu гена β2–адренорецептора и генотип CD14*T/*T -159C>T полиморфизма гена рецепторов липополисахаридов CD14. Обнаружена ассоциация генотипа ADRB2*Gln27/*Gln27 полиморфного локуса Gln27/Glu гена β2–адренорецептора с риском развития БА у башкир. Установлено, что генотипы IL4*C/*T -590C>T полиморфизма гена IL4 и IL4RA*Ile50/*Ile50 полиморфного локуса Ile50Val гена IL4RA ассоциированы с выраженным нарушением функции внешнего дыхания.

40.ИЗМЕНЕНИЕ СОДЕРЖАНИЯ 2,3-ДИФОСФОГЛИЦЕРИНОВОЙ КИСЛОТЫ В ЭРИТРОЦИТАХ ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ КРОВИ У БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ ЛЕГКОЙ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ЗАФИРЛУКАСТОМ

Надточий Е.В.
ГУ Дальневосточный научный центр физиологии и патологии дыхания СО РАМН, Благовещенск

Цель: Изучение содержания 2,3-ДФГ в эритроцитах периферической крови у больных бронхиальной астмой легкого персистирующего течения после лечения аколатом Методы: Обследовано 30 пациентов бронхиальной астмой БА с легкой степенью тяжести заболевания при поступлении в клинику и после 3 недель лечения. Содержание 2,3-ДФГ в эритроцитах определяли количественно нафталорезорциновым методом. В зависимости от метода лечения больные были разделены на две группы. В 1-ю группу вошли 15 пациентов, принимавших ингаляционно беклометазона дипропионат 500мкг в сутки, во 2-ю –15 пациентов, принимавших ингаляционно беклометазона дипропионат 500мкг в сутки и зафирлукаст 40 мг в сутки. Результаты: При поступлении у обследованных больных обеих групп наряду с клиническими проявлениями заболевания, регистрируется значительное повышение уровня 2,3-ДФГ ($p<0,01$), что рассматривается как доказательство скрытой дыхательной недостаточности. После курса терапии наряду с улучшением клинических симптомов, отмечено достоверное улучшение показателя 2,3-ДФГ, однако в 1 группе в конце наблюдения он не достиг нормы, по сравнению со 2-й группой, где четко прослеживается существенное снижение уровня 2,3-ДФГ ($p<0,01$). Заключение: Изучение содержания 2,3-ДФГ в эритроцитах периферической крови у больных бронхиальной астмой легкого персистирующего течения является диагностическим признаком гипоксического состояния.
Сочетанное применение беклометазона дипропионата и зафирлукаста на самых ранних этапах формирования БА позволяет добиться стойкой ремиссии, снизить дозу ингаляционнных глюкокортикостероидов и предотвратить развитие тканевой гип оксии.

41.ФАРМАКОДИНАМИКА КОРТИКОСТЕРОИДНОЙ ТЕРАПИИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ В УЗБЕКИСТАНЕ

Убайдуллаев А.М., Исмаилов Ш.У., Ливерко И., Ахатов И.М.
НИИ фтизиатрии и пульмонологии МЗ РУ, Ташкент.

Целью исследования являлось изучение динамики применения кортикостероидной

терапии в лечении больных БА. Материал: Проведен анализ терапии 6678 больных БА, находившихся на стационарном лечении в специализированном пульмонологическом отделении НИИФиП МЗ РУз за период 1987-2000 гг. Разрабатывались факторы использования кортикостероидного препарата, характера его приема (постоянно или в обострение), дозы и сроки его приема. Результаты: Установлено, что за анализируемый период отмечено увеличение удельного веса больных БА, которым назначались кортикостероидные препараты с 38,2% в 1987 году до 74,0% в 2000 году. Отмечено увеличение в 1,8 раза удельного веса больных БА, принимающих кортикостероидные препараты в обострение (с 31,2% до 57,2%) и уве-личение в 2,4 раза больных (с 7,0% до 16,8%), принимающих кортикостероидные препараты постоянно. Значительно возрос удельный вес больных (с 25% до 41,8%) в лечении которых для постоянной терапии использовались длительно действующие гормональные препараты (дексаметазон). Возросли поддерживающие дозы стероидной терапии, необходимые для контроля за симптомами астмы, если в 1987 году 14,5% больных принимали дозу стероидов, превышающих более 10 мг преднизолона, то в 2000 году их число возросло в 1,8 раза (26,1%). Данные отражают мировую тенденцию ежегодного увеличения числа больных, тяжести заболевания и возрастания удельного веса больных БА, требующих высоких доз и длительного приема стероидной терапии.

42.ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ КОРТИКОЗАВИСИМОСТИ У БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

Убайдуллаев А.М., Ливерко И.В., Абдуллаева В.А.
НИИ фтизиатрии и пульмонологии МЗ РУз, Ташкент

Цель: изучить частоту кортикозависимости и факторы ее развития у больных бронхиальной астмой (БА). Материал: У 194 больных БА проведен подкожно-инсулиновый тест по H.P. Hirnsworth и R.D. Kerr (1939) и определение 17-КС в моче по методу Самасудова Н.В. и Ж.Ж. Басс (1967). Кортикозависимость определялась ответом организма на состояние гипогликемии. Результаты: Частота кортикозависимых больных в структуре БА составляет 39,7%. Выявлено, что КЗ больные БА имеют отсутствующую реакцию со стороны адрено-кортикальной системы на реакцию стресса, индуцированного введением инсулина (гипогликемия). Частота данного состояния определяется у 39,7% больных БА и в 100% случаях совпадает со снижением уровня 17-КС. Оценка метаболитов гормонов по показателям 17-КС показала, что у 80% больных со сниженной и отсутствующей реакцией на гипогликемию уровень 17-КС был в 2 раза ниже уровня здоровых лиц, составляя 6,4±0,55 против 14,3±0,65 г/сутки у здоровых. Терапия пролонгированными ГК относительно за небольшой период (до 1 года) использования сопровождалась значительным снижением уровня 17-КС до 7,6±039 г/сутки против 11,6±0,25 г/сутки у больных с приемом преднизолона.

43.ИММУНОГЕНЕТИЧЕСКИЕ МАРКЕРЫ В ПРОГНОЗЕ РАЗВИТИЯ САХАРНОГО ДИАБЕТА ПРИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ

Ливерко И.В.
НИИ фтизиатрии и пульмонологии МЗ РУз, Ташкент

У 89 больных бронхиальной астмой (БА), не имеющих в анамнезе диагноза сахарного диабета, проведены стандартный глюкозо-толерантный тест и определение титров антител к инсулину и островковым клеткам.
Определив высокую частоту нарушений углеводного обмена у больных БА (50,5%) и сопоставив риск их развития с иммунопатогенетическими маркерами развития СД, встречающиеся у 9,0% больных БА по антителам к островковым клеткам (ICA) и у 40,4% больных - по антителам к инсулину (IAA), отмечена высокая зависимость формирования

НУО от аутоиммунных нарушений. У больных БА в 11,1% случаях нарушения углеводного обмена сопровождаясь повышенными титрами антител к ICA и указывающие на разрушение b-клеток, определяют прогноз развития инсулинозависимости. В 46,7% нарушения углеводного обмена у больных БА сочетаясь с повышенными титрами антител к IAA, которые связываясь с инсулином приводят к снижению количества свободного гормона и уменьшают его способность связываться с рецепторами, определяют развитие инсулинорезистентности. У 91,4% больных БА с повышенными титрами антител к ICA и IAA выявлено снижение постнагрузочной гликемии на инсулин, определяющей дефекты рецепторной чувствительности к инсулину.

44. РОЛЬ ВЕГЕТАТИВНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ В ФОРМИРОВАНИИ НАРУШЕНИЙ УГЛЕВОДНОГО ОБМЕНА

Ливерко И.В.
НИИ фтизиатрии и пульмонологии МЗ РУз., Ташкент

По результатам обследования 222 больных БА с различными дозами и длительностью приема β2 – агонистов определено, что высокие дозы и длительный прием β2 – адреностимуляторов приводят к напряжению адаптационных возможностей организма со сдвигами к симпатикотонии и гиперсимпатикотонии, отмечающиеся у 25,9% и 48,9% больных БА. Преобладание симпатического влияния ВНС у больных БА, обуславливая гиперкатехоламинемию, с одной стороны, приводит к снижению секреции инсулина, а с другой, - к снижению инсулинсвязывающей способности рецепторов, повышает частоту нарушений углеводного обмена и состояний, которые им предшествуют. По результатам ГТТ у больных БА впервые СД диагностирован у 11,4% больных в состоянии симпатикотонии, у 9,6% -гиперсимпатикотонии против 2,5% - при эйтонии ($p<0,05$). Повышение гликозилированного гемоглобина, являющегося интегральным показателем гипергликемии, обнаружено у 14,3% - симпатикотоников, у 13% - гиперсимпатикотоников против 3,3% - у эйтоников. Состояние инсулинрезистентности, характеризуемое низким ответом на экзогенный инсулин, определено среди 40% симпатикотоников, 44,2% гиперсимпатикотоников против 22,6% больных в состоянии эйтонии. Преобладание симпатического влияние ВНС, обуславливая гиперкатехоламинемию, являются фактором риска формирования нарушений углеводного обмена и СД у больных БА.

45. ПЕРЕНОСИМОСТЬ ФИЗИЧЕСКОЙ НАГРУЗКИ БОЛЬНЫМИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ С НАРУШЕНИЯМИ УГЛЕВОДНОГО ОБМЕНА.

Ливерко И.В.
НИИ фтизиатрии и пульмонологии МЗ РУз . Узбекистан

Цель: изучение патофизиологических механизмов развития нарушений толерантности к физической нагрузке у больных бронхиальной астмой (БА). Методы: у 96 больных БА оценена степень толерантности к физической нагрузке по данным эргоспирометрии в зависимости от уровня гликированного гемоглобина (HbAIc). Результаты: В 14,8% случаев обнаружены значения HbAIc, превышающие уровень 6,5%, что определяет наличие скрытых эпизодов гипергликемий. Результаты исследования дан-ной группы показали, что показатель потребления кислорода VO2max составил 38,6±2,4% от должных, а анаэробный порог достигался на уровне 36,3±2.2% от должного VO2max. Тогда как в группе больных с нормальными значениями HbAIc эти показатели составляли 61,3±3,5% и 57,6±3,2%, соответственно. Потребление кислорода на килограмм массы тела и частоту пульса в группе больных, имеющих повышение HbAIc составляло 34,1±1,9% и определяло нарушения толерантности к физической нагрузке, а во второй группе – 59,4±2,8%. Характерно, что у лиц с высокими значениями HbAIc дыхательный коэффициент (RQ), характеризующий отношение показателя выделения углекислого газа

к потреблению кислорода, был выше, составляя в среднем 1,34±0,06, а во 2 группе – 1,12±0,07. Заключение: можно предположить, что скрытые нарушения углеводного обмена у больных бронхиальной астмой, оказывают более неблагоприятное влияние на кислород-транспортную функцию крови и усугубляет вентиляционные нарушения.

46. ПРИМЕНЕНИЕ СИНЕГО И КРАСНОГО ЛАЗЕРНОГО ИЗЛУЧЕНИЯ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ

Иванов Г. А., Мажак К.Д., Платонова И.Л., Рудницкая Н.Д.,
Отдел туберкулёза и НЗЛ Львовского научно-исследовательского института эпидемиологии и гигиены

Как правило, больные с тяжёлым течением обострения бронхиальной астмы часто неадекватно реагируют на проведение этапа интенсивной терапии, направленной на купирование фазы обострения. Чаще всего причиной недостаточной эффективности лечебных мероприятий выступает разбалансированность гормонального гомеостаза. Цель работы: Разработать методы дифференцированного применения лазерного излучения разного спектрального частотного диапазона в комплексном лечении бронхиальной астмы. Материалы и методы: У 58 больных с тяжёлым течением обострения БА после проведения интенсивной базовой терапии, которая не дала достаточного эффекта, было применено внутрисосудистое лазерное облучение крови (ВЛОК)HE-NE и HE-CD лазерными излучениями с использований частотны модуляций (ЧМ) 9,0 и 4,5 кГц, соответственно. Кроме того, использовалась и традиционная методика ВЛОК HE-NE лазером без модуляций. Проведён анализ показателей белой и красной крови, проанализированы динамика изменений уровня гормонов в плазме крови, функций внешнего дыханий (ФВД) и комплекс иммунологических тестов.
Результаты: Полученные результаты показали, что применение ВЛОК HE-CD лазером с ЧМ имеет наиболее сбалансированное положительное влияние на систему гормонального гомеостаза, на ФВД и показатели белой и красной крови. Применение ВЛОК HE-NE лазером с ЧМ особо эффективно при гиперкортизолемии и гиперкортицизме.
Заключение: У больных с тяжёлым течением обострения БА имеется дисбаланс гормонального гомеостаза, коррекция которого может быть осуществлена применением при гипокортицизме и гипокортизолемии ВЛОК HE-CD излучением с ЧМ, а при гиперкортизолемии и гиперкортицизме - ВЛОК HE-NE излучением с ЧМ, при чём нормализация показателей белой и красной крови и ФВД происходит параллельно с стабилизацией гормонального гомеостаза.

47. ЛАЗЕРОПУНКТУРА В ЛЕЧЕНИИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ

Чернышова Л. П. - 1, Хаиров А.С., Насырова Р.Л. - 2
Башкирский государственный медицинский университет - 1, Городская клиническая больница № 21 г. Уфы - 2

Цель исследования: изучить эффективность лазеропунктуры в лечении больных бронхиальной астмы. Материалы и методы: больные в зависимости от вида получаемой терапии были разделены на 2 группы: 1-я опытная группа (62 человека) получала лазеропунктуру и традиционную медикаментозную терапию (ТМТ), 2-я группа – контрольная (48 человек) – только ТМТ. Подбор биологически активных точек (БАТ) проводили по общепринятым правилам акупунктуры. Воздействовали на точки акупунктуры канала легких и общеукрепляющие точки. Ежедневный рецепт сочетания точек подбирался индивидуально в зависимости от жалоб на текущий момент, клиники, наличия сопутствующей патологии, степени ее выраженности. Экспозиция на каждую аурикулярную точку составляла 5-7 с, на общеукрепляющие точки и точки канала легких – 15-30 с. За 1 сеанс воздействовали на 5-7 точек. Лечение проводили ежедневно, на курс

10-15 сеансов. Всем больным до и после курса лечения были проведены клинические, инструментальные и лабораторные исследования. Результаты: у больных, которым проводили лазеропунктуру, улучшение наступало раньше, чем у больных в контрольной группе, получающих ТМТ. Лазерная стимуляция акупунктурных точек улучшает бронхиальную проходимость достоверно раньше, чем при традиционной терапии. Повышаются скоростные показатели (объем форсированного выдоха, мгновенная скорость воздушного потока при выдохе) и жизненная емкость легких, что свидетельствует об уменьшении вентиляционных нарушений. У 88% больных снизилась гиперреактивность бронхов. Лазеропунктура восстанавливает чувствительность бронхов к симпатомиметикам и позволяет снижать дозу глюкокортикостероидов. Таким образом, сочетание рефлексотерапии и низкоинтенсивного лазерного излучения является эффективным методом в лечении больных бронхиальной астмы.

48. ИЗМЕНЕНИЕ ВЕНТИЛЯЦИОННОЙ ФУНКЦИИ ЛЕГКИХ У БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ С ИЗБЫТОЧНЫМ ВЕСОМ ТЕЛА

Кузьмина Я.С.
ГУ Дальневосточный научный центр физиологии и патологии дыхания СО РАМН

Цель: Выявить негативное влияние избытка веса на вентиляционную функцию легких у больных бронхиальной астмой (БА). Методы исследования: Методом спирометрии, на аппарате «Ultrascreen» (Эрих Егер, Германия), оценивали вентиляционную функцию легких. Методом биоимпедансометрии, используя монитор «OMRON BF 302» (Omron Matsusaka Co Ltd., Япония) измеряли жировую массу тела (ЖМ, кг, %). Обследовано 75 больных БА, имеющих индекс массы тела (ИМТ) более 25 кг/м2. Первую группу (n=28) составили лица с ИМТ от 25 до 29,9 кг/м2 (средний возраст 38,08±3,17 лет, рост 167,17±2,28 см, вес 78,04±3,14 кг), вторую группу (n=47) - лица с ИМТ от 30 до 39,9 кг/м2 (средний возраст 42,19±1,78 лет, рост 164,34±1,28 см, вес 94,41±1,85 кг). Результаты: Анализ данных между группами выявил ухудшение бронхиальной проходимости на уровне крупных, средних и мелких бронхов у лиц второй группы, соответственно на 41,5%, 40,2% и 42,2% ($p<0,05$). Форсированная жизненная емкость легких во второй группе составила 3,43±0,18 л, в первой - 4,16±0,35 л ($p>0,05$). Среднее значение объема форсированного выдоха за 1 сек (ОФВ1) во второй группе составило 2,25±0,11 л, в первой - 3,02±0,29 л ($p<0,01$). Во второй группе ЖМ в среднем составляла 36,04±1,5 кг и 38,03±1,33%, в первой – 24,07±1,64 кг и 30,01±2,06% ($p<0,01$). В общей совокупности больных методами многомерного корреляционного анализа обнаружена прямая линейная зависимость между ИМТ и ЖМ (кг, %), соответственно, $r=0,88$ и $r=0,69$ ($p<0,001$), а также обратная связь ОФВ1 с ЖМ (кг, %) и ИМТ, соответственно, $r=-0,55$ ($p<0,01$), $r=-0,62$ ($p<0,001$), $r=-0,36$ ($p<0,05$). Таким образом, у лиц с избыточным весом тела ЖМ повышается пропорционально росту ИМТ, а бронхиальная проходимость ухудшается пропорционально степени повышения ИМТ и ЖМ.

49. СТЕРОИДЗАВИСИМАЯ БРОНХИАЛЬНАЯ АСТМА: ПУТИ ПРЕОДОЛЕНИЯ ЗАВИСИМОСТИ ПАЦИЕНТОВ ОТ СИСТЕМНЫХ ПРЕПАРАТОВ ГЛЮКОКОРТИКОСТЕРОИДОВ.

Фассахов Р.С., Решетникова И. Д.
ФГУН Казанский НИИ эпидемиологии и микробиологии Роспотребнадзора, ГОУ ДПО Казанская государственная медицинская академия МЗ и СР РФ

Несмотря на то, что в официальных классификациях определение «стероидзависимая бронхиальная астма» (СтЗБА) отсутствует, его часто можно встретить в историях болезни, амбулаторных картах и научных публикациях. Клиницистам хорошо известно, что это особая категория больных, характеризующаяся тяжелым, часто

инвалидизирующим течением, осложняющимся развитием нежелательных эффектов системной глюкокортикостероидной (сГКС) терапии. К сожалению, в международных и отечественных руководствах по диагностике и лечению бронхиальной астмы рекомендации по ведению этой категории больных отсутствуют. В настоящее время имеются возможности добиться контроля над СтЗБА, не прибегая к постоянному приему сГКС, а у больных, уже получающих эти препараты, можно существенно снизить их дозу либо отменить полностью. Комплексный подход, основанный на выявлении и устранении причин стероидной зависимости и адекватной базисной терапии с помощью комбинации иГКС и ДДБА, позволяет добиться желаемого результата у подавляющего большинства больных СтЗБА. Результаты национального мультицентрового сравнительного рандомизированного исследования «ГРОЗА» 2005-2006гг показали, что использование в лечении больных СтЗБА современных препаратов иГКС (флутиказона пропионат) и комбинированных препаратов, содержащих в составе наряду с иГКС и ДДБА (сальметерол+флутиказона пропионат), в подавляющем большинстве случаев наряду с улучшением контроля течения заболевания позволяют не только снизить дозу сГКС, но и полностью отказаться от их приема. Снижение дозы и полная отмена сГКС у больных СтЗБА существенно снижает риск их побочного действия, а у больных с имеющимися осложнениями стероидной терапии способствует их разрешению, что является одним из ведущих моментов, способствующих улучшению качества жизни.

50. ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ЗАНЯТИЙ В АСТМЕ – ШКОЛЕ

Д.Х. Махмудова, Н.Н. Убайдуллаева, Д.О. Шахидова
Ташкентский институт усовершенствования врачей

Астма школа (АШ) организована при городском пульмонологическом центре с 2002 года. Из слушателей школы 55% составили лица трудоспособного возраста. Подавляющее большинство (70%) обучаемых были обеспечены пикфлоуметрами и вели дневник по изменению пиковой скорости выдоха (ПСВ) и объема форсированного выдоха за первую секунду (ОФВ1) до и после приема лекарств в течение 3 месяцев. 30% больных оценивали свое состояние по суточной потребности в симпатомиметиках. Критериями эффективности занятий в астме школе явилось: уменьшение госпитализации в пульмонологический стационар, снижение суточной дозы ингаляционных кортикостероидов и β2 – агонистов, частоты и тяжести обострений, а также длительности ремиссии.
Результаты проведенного обследования подтверждают практическую значимость и эффективность образования больных бронхиальной астмой (БА) в АШ.

51. ЦИТОКИНЫ В ПАТОГЕНЕЗЕ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ

Убайдуллаев С.А.
Институт иммунологии АН РУз, Ташкент.

Цель: изучить концентрацию IL-2 и IL-4 в сыворотке крови у больных с вирусиндуцированной и атопической формой БА. Материал и методы: Концентрацию цитокинов определяли методом иммуноферментного анализа реактивами «Cytimmun» у больных БА с предшествующей ее формированию атопией (n=13), больных БА с вирус-индуцированным вариантом (n=9) и у 8 здоровых доноров. Результатами исследования установлено, что продукция IL-4 при БА с предшествующей ее формированию атопией выше, чем в группе контроля ($p<0,05$) и существенно не отличается от контроля при БА с вирусиндуцированным вариантом. Продукция IL-2 повышена как у больных БА с предшествующей ее формированию атопией ($p<0,05$), так и больных БА с вирусиндуцированным вариантом ($p<0,01$). Таким образом, выявленные изменения подтверждают преобладание Th2- опосредованного иммунного ответа при БА с

предшествующей ее формированию атопией и Th1- опосредованного ответа – при БА с вирусиндуцированным вариантом.

52.МЕТОДЫ КОРРЕКЦИИ СИНДРОМА УТОМЛЕНИЯ РЕСПИРАТОРНЫХ МЫШЦ У БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ.

Убайдуллаев А.М., Салаева М.С., Н.В. Гафнер
НИИ фтизиатрии и пульмонологии Минздрава РУз, Ташкент, Узбекистан.

Цель: Изучить влияние физиотерапевтических методов на функциональное состояние респираторных мышц у больных бронхиальной астмой. Методы: В комплексном лечении 34 больных БА использовали методы электрогимнастики с помощью ампли-пульстерапии и дарсонвализации. Диагностику степени выраженности утомления диафрагмы проводили по дискриминантному уравнению по Перельман Ю.М. с соавт., 1998. Результаты: Установлена высокая частота встречаемости синдрома утомления респираторных мышц у больных БА (87,3%), нарастающая с утяжелением заболевания. Включе-ние в комплекс терапии больных БА методов электрогим-настики на мышцы дыхательной группы, показало, что у 88,2% больных отмечалось повышение дискриминантной функции, что характеризовало уменьшение явлений утом-ления респираторных мышц. Показатель утомления диаф-рагмы при комплексном лечении с включением методов 8,2). У больных БА,±5,8 до 47,6±электрогимнастики увеличивался на 79,6% (с 26,5 которые получали только базисную терапию обострения, нами установлено, что у 50% больных БА сохранялись сниженные значения показателя утомления диафрагмы, а повышение отмечено лишь у 28,5% больных БА. Заключение: Использование методов электрогимнастики снимает проявления синдрома утомления респираторных мышц и улучшает респираторные функции.

53.ИММУНОГЕНЕТИЧЕСКИЕ МАРКЕРЫ В ПРОГНОЗЕ РАЗВИТИЯ САХАРНОГО ДИАБЕТА ПРИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ

Ливерко И.В.
НИИ фтизиатрии и пульмонологии МЗ РУз, Ташкент

У 89 больных бронхиальной астмой (БА), не имеющих в анамнезе диагноза сахарного диабета, проведены стандартный глюкозо-толерантный тест и определение титров антител к инсулину и островковым клеткам. Определив высокую частоту нарушений углеводного обмена у больных БА (50,5%) и сопоставив риск их развития с иммунопатогенетическими маркерами развития СД, встречающиеся у 9,0% больных БА по антителам к островковым клеткам (ICA) и у 40,4% больных - по антителам к инсулину (IAA), отмечена высокая зависимость формирования НУО от аутоиммунных нарушений. У больных БА в 11,1% случаях нарушения углеводного обмена сопровождаясь повышенными титрами антител к ICA и указывающие на разрушение b-клеток, определяют прогноз развития инсулинозависимости. В 46,7% нарушения углеводного обмена у больных БА сочетаясь с повышенными титрами антител к IAA, которые связываясь с инсулином приводят к снижению количества свободного гормона и уменьшают его способность связываться с рецепторами, определяют развитие инсулинорезистентности. У 91,4% больных БА с повышенными титрами антител к ICA и IAA выявлено снижение постнагрузочной гликемии на инсулин, определяющей дефекты рецепторной чувствительности к инсулину.

54.ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ С РАЗЛИЧНЫМ ГЕНЕТИЧЕСКИМ ПРОФИЛЕМ

Ливерко И.В., Каюмова М.М.

НИИ фтизиатрии и пульмонологии МЗ Республики Узбекистан, Ташкент.

Целью явилось исследование взаимосвязи между показателями ОФВ1, состоянием гиперреактивности бронхов и активностью N-ацетилтрансферазы. Материал: У 172 больных БА определен фенотип ацетилирования по методу D. Evans (1969) в модификации Л.Н. Буловской (1982), оценена функция внешнего дыхания (ФВД) методом компьютерной пневмотахометрии с проведением бронхопровокационных тестов на аппарате Bronchoscreen (Erich Jaeger, Германия) с 1% раствором аденозинтрифосфорной кислоты. Результаты: Среди больных БА частота медленных ацетиляторов составляет 36,6%. Определено, что у больных БА с медленным типом ацетилирования отмечается поздняя манифестация заболевания с возникновением первого эпизода экспираторного удушья в возрасте после 40 лет. У 85% больных регистрировалась БА более тяжелого течения (III-IV ступени). Установлена положительная корреляционная связь между NAT и ОФВ1 ($r=0,54; n=45, p<0,05$) и дозой 1% р-ра АТФ, вызывающего 100% прирост Raw ($r=0,51; n=35, p<0,05$). Полученные данные позволяют предположить, что NAT может участвовать в развитии воспаления дыхательных путей у больных БА, определяя прогноз неблагоприятного ее течения.

55.КОРРЕЛЯЦИЯ МЕЖДУ ЗАРЯДОМ ПОВЕРХНОСТНОЙ МЕМБРАНЫ ЛИМФОЦИТОВ И ПАРАМЕТРАМИ ИММУННОГО СТАТУСА ПРИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ.

Убайдуллаев С.А.
Институт Иммунологии АН РУз., Ташкент

Целью является оценка корреляции между зарядом поверхностной мембраны лимфоцитов и количественными показателями иммунного статуса (СД4 -хелперами, СД8-суп-рессорами, СД16-NK-клетками, СД95-клетками, опосредующими апоптоз) при бронхиальной астме с различной степенью активности процесса. Материал: У 54 больных БА исследовали биофизические параметры поверхностных мембран лимфоцитов (заряд поверхностной мембраны и микровязкость ее липидного бислоя - с использованием флуоресцентного зонда 1,8 АНС). Показатели иммунитета определяли путем иммунофено-типирования мембранных антигенов лимфоцитов периферической крови с помощью моноклональных антител производства НПЦ МедБиоСпектр (РФ) методом непрямого розеткообразования. Результаты: У больных БА I корреляция заряда мембран лимфоцитов с экспрессией рецепторов иммунокомпетентными клетками не выражена; при БА II выявлена сильная достоверная корреляционная связь между зарядом мембраны лимфоцитов и СД8 ($r=0,70$) и обратная корреляционная связь между СД4 ($r=-0,37$) и СД16 ($r=-0,46$). При БА III наблюдается увеличение числа связей: положительная корреляционная связь выявлена между зарядом мембраны и СД4 ($r=0,90$), СД8 ($r=0,60$), СД16($r=0,57$), СД95 ($r=0,67$). БА IV ступени характеризуется снижением почти всех коэффициентов корреляции. Достоверной была только связь «заряд-СД8» ($r=0,63$) и «заряд-СД4» ($r=0,55$).

56.ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ КОРТИКОЗАВИСИМОСТИ У БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

Убайдуллаев А.М., Ливерко И.В., Абдуллаева В.А.
НИИ фтизиатрии и пульмонологии МЗ РУз, Ташкент.

Цель: изучить частоту кортикозависимости и факторы ее развития у больных бронхиальной астмой (БА). Материал: У 194 больных БА проведен подкожно-инсулиновый тест по H.P. Hirnsworth и R.D. Kerr (1939) и определение 17-КС в моче по методу Самасудова Н.В. и Ж.Ж. Басс (1967). Кортикозависимость определялась ответом

организма на состояние гипогликемии. Результаты: Частота кортикозависимых больных в структуре БА составляет 39,7%. Выявлено, что КЗ больные БА имеют отсутствующую реакцию со стороны адрено-кортикальной системы на реакцию стресса, индуцированного введением инсулина (гипогликемия). Частота данного состояния определяется у 39,7% больных БА и в 100% случаях совпадает со снижением уровня 17-КС. Оценка метаболитов гормонов по показателям 17-КС показала, что у 80% больных со сниженной и отсутствующей реакцией на гипогликемию уровень 17-КС был в 2 раза ниже уровня здоровых лиц, составляя 6,4±0,55 против 14,3±0,65 г/сутки у здоровых. Терапия пролонгированными ГК относительно за небольшой период (до 1 года) использования сопровождалась значительным снижением уровня 17-КС до 7,6±039 г/сутки против 11,6±0,25 г/сутки у больных с приемом преднизолона.

57. РЕСПИРАТОРНАЯ ВИРУСНАЯ ИНФЕКЦИЯ В ВЕРХНИХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЯХ У БОЛЬНЫХ НЕАЛЛЕРГИЧЕСКОЙ ПОЗДНЕЙ АСТМОЙ.

Счетчикова О. С., Собченко С. А., Яковлева Н. В.
Кафедра пульмонологии, Санкт-Петербургская Медицинская Академия Последипломного Образования

Выполнено вирусологичесое исследование слизистой оболочки носоглотки 78 больным с неаллергической поздней астмой. Средний возраст больных на момент начала заболевания составлял 48±12 лет. Антигены респираторных вирусов выявлялись в период обострения и в период стабильного течения, через 4-5 недель от первого исследования. Материалом для вирусологического анализа служили клетки браш-биопсии слизистой оболочки носоглотки, парные сыворотки крови больных. Использовали методы иммунофлюоресценции, выделение вирусных агентов на клеточных культурах с последующей идентификацией изолятов, а также общепринятые серологические реакции. Респираторные вирусы в слизистой оболочке носоглотки выявлялись у 64% обследованных больных. В период обострения спектр респираторной вирусной инфекции представлен вирусом гриппа А (11,5%), вирусом парагриппа (9,0%), аденовирусом (23,1%), респираторно-синцитиальным вирусом (15,4%) и вирусом простого герпеса первого типа (5,1%). В период стабильного течения астмы респираторные вирусы обнаруживались в 14,2% случаев (вирус гриппа А – 1,3%; вирус парагриппа 2,6%; аденовирус – 9,0%; вирус простого герпеса первого типа – 1,3%). Клиническое течение заболевания у этих пациентов характеризовалось частыми острыми респираторными инфекциями (90%), у большинства больных (73%) присутствовала патология верхних дыхательных путей (хронические риносинусопатии).
Таким образом, результаты вирусологического исследования в период стабильного течения свидетельствовали о склонности к латентной персистенции вирусов в эпителии носоглотки у больных неаллергической поздней астмой, имеющих патологию верхних дыхательных путей.

58.НАПРЯЖЕННОСТЬ ИММУНИТЕТА В ГРУППАХ АЛЛЕРГОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ С РАЗНОЙ ДИНАМИКОЙ УРОВНЯ ОБЩЕГО IGE

Феофанова Т. В.
Московская медицинская академия им. И.М. Сеченова

Цель исследования: выявить исходные различия в частоте и структуре значимых корреляционных связей (ЗКС) между показателями иммунного статуса (ПИС, всего 35) больных аллергическими заболеваниями, получивших сочетанное лечение (рузам + аутолимфоцитотерапия последовательно) и распределенных после лечения в две группы в зависимости от типа динамики IgE: 9 больных с положительной динамикой (гр. 1) и 9

больных с отрицательной динамикой (гр. 2). В каждой группе больных выявленные до начала лечения ЗКС (Спирмен, p<0,05) разделили на три подгруппы: ЗКС между показателями специфического иммунитета (ЗКС1), между показателями неспецифического иммунитета (ЗКС2), между показателями специфического и неспецифического иммунитета (ЗКС3). В гр. 1 до лечения выявлены16 ЗКС1, 23 ЗКС2, 39 ЗКС3. В гр. 2 – 29 ЗКС1, 32 ЗКС2, 30 ЗКС3. Напряженность специфического иммунитета (отношение числа ЗКС1 к числу всех возможных корреляционных связей между показателями специфического иммунитета) до лечения составила 13,3% в гр. 1 и 24,2% в гр. 2 (p=0,046, точный критерий Фишера). Напряженность неспецифического иммунитета – 13,5% в гр. 1 и 18,7% в гр. 2 (p=0,24). Напряженность взаимодействия показателей специфического и неспецифического иммунитета – 12,8% в гр. 1 и 10,9 % в гр. 2 (p=0,53). Выводы. Группы больных с положительной и отрицательной динамикой уровня общего IgE до начала лечения значимо различались по напряженности специфического иммунитета.

59.ЛЕЧЕНИЕ ТЯЖЕЛОЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ В УСЛОВИЯХ ПУЛЬМОНОЛОГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ ГОРОДСКОЙ БОЛЬНИЦЫ.

Салдакеева А. В., Мусалимова Г.Г.
ФГОУ ВПО «Чувашский государственный университет им. И.Н.Ульянова»

Цель: Оценить эффективность применения раствора беродуала с помощью небулайзера для купирования приступов удушья и выраженных обострений у пациентов с тяжелой бронхиальной астмой в условиях специализированного отделения. Методы исследования: Обследовано 29 больных гормонозависимой БА тяжелого течения в возрасте от 42 до 76 лет (средний возраст - 58,03±8,11 лет), из них 44,8 % мужчин и 55,2 % женщин. Давность заболевания в среднем составила 9,79±6,01 лет. Лечение проводили на фоне базисной терапии. 13 из обследованных получали ингаляции беродуала с помощью небулайзера, 16 - беродуал в виде дозированного аэрозоля. До и после лечения определяли показатели функции внешнего дыхания, пиковую скорость выдоха, частоту дыхательных движений, частоту сердечных сокращений, АД.
Результаты: Тяжелая БА характеризовалась высокой частотой дневных (6,31±1,21 раз в сутки) и ночных (2,07±0,37 раз в сутки) симптомов заболевания. Ингаляции беродуала привели к субъективному облегчению дыхания. Достоверная бронходилатация была констатирована через 1 час после ингаляции беродуала через небулайзер и через 2 часа после применения беродуала в виде дозированного аэрозоля. К концу стационарного лечения уменьшилась частота дневных и ночных симптомов астмы (в группе беродуал через небулайзер до 2,5±1,1 и 0,7±0,5 раз, в группе беродуал в виде дозированного аэрозоля – 3,3±1,1 и 1,3±0,7 раз соответственно, p<0,05). Применение небулизированного беродуала позволило снизить дозы глюкокортикостероидов при внутривенном введении на 50,68%, а также достоверно улучшить качество жизни и сократить сроки достижения ремиссии в среднем на 3 койко/дня. Побочные эффекты отсутствовали.
Заключение: Отмечена высокая клиническая и экономическая эффективность применения раствора беродуала с помощью небулайзера.

60.ЛАЗЕРНО-ФАРМАКОЛОГИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ ИНФЕКЦИОННО-ЗАВИСИМОЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ

Басиев З. Г., Басиева О.З.
Северо-Осетинская медицинская академия, Владикавказ

Цель: Определить совместимость и эффективность сочетания лазерного воздействия (ЛВ) с базисной фармакологической терапией (ФТ) при обострениях инфекционно-зависимой бронхиальной астмы (ИЗБА). Материал: Обследован 131 больной в возрасте 20-67 лет,

поступивших с тяжелой (75 чел.) и среднетяжелой (56 чел.) формой ИЗБА и длительностью заболевания от 2 до 29 лет. Среди них женщин было 55%, мужчин – 45%. У 35,1% установлена полная или относительная гормонозависимость. Часть больных поступила в астматическом состоянии. Во всех случаях в соответствии с официальным протоколом и индивидуально с учетом параметров пневмотахометрии и данных фармакологических проб назначалась ФТ (глюкокортикостероиды, бета2-агонисты, метилксантины, антихолинергические средства и др.).
Методика: Для повышения эффективности ФТ ИЗБА в комплекс лечебных мероприятий было включено ЛВ. Использовалась методика паравертебрального лазерного сканирования и паратрахеального ЛВ. Были применены инфракрасные лазерные аппараты «БИОЛАЗ» и «РУСЛАН» с мощностью на выходе 4 мВт в постоянном режиме и длиной волны 830 нм. Экспозиция на одно поле составляла 2 минуты, суммарно – 8-10 минут. Курс лазерной терапии состоял из 7-10 процедур. На старте и в динамике проводились клинико-лабораторные, иммунологические и вентилометрические исследования, определялась гемодинамика (АД, ЧСС, данные ЭхоКГ и др.). Положительные эффект наступал на 3-4 сутки ЛВ с одновременным повышением эффективности ФТ. Сроки лечения сокращались в среднем на 4 дня.
Заключение: Эффективность комбинации ФТ и ЛВ составила 96% с улучшением показателей вентиляции, повышением физической и социальной толерантности. Приведенное указывает на целесообразность сочетания базисной ФТ с ЛВ как совместимых и взаимопотенцирующих средств при обострениях ИЗБА.

61.ПРОБЛЕМА ОПТИМИЗАЦИИ УРОВНЯ КОНТРОЛЯ У БОЛЬНЫХ ЛЕГКОЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

Купаев В.И., Давыдкин И.Л., Вахно О.В., Щелкунова Л.А.
Самарский государственный медицинский университет. Городской "Астма-центр". Самара

Цель работы - исследовать уровень контроля у пациентов с бронхиальной астмой легкого течения в реальной клинической практике и выработать пути его оптимизации. В исследовании принимали участие 100 пациентов старше 18 лет, которым 5 лет назад был поставлен диагноз бронхиальной астмы легкого течения. Оценивались уровень контроля по АСТ® тесту, спирометрия, качество жизни по опроснику SF-36 в трех группах: I группа – пациенты с интермиттирующей БА, II группа - постоянно принимающие ИГКС, III группа - принимающие ИГКС по мере необходимости. Результаты: При оценке анамнестических данных и объективного исследования установлено, что во II группе обострения случались в 2 раза чаще, чем в III, несмотря на регулярную терапию иГКС. Было обнаружено также снижение большинства параметров качества жизни в II группе по сравнению с I и III группами. Результаты АСТ® теста свидетельствовали, что оптимальный уровень контроля (25 баллов) был у 26% пациентов I группы, 3 - 6% у пациентов двух других групп. Неполный контроль в I группе был у 24%, во II группе у 38%, в III группе у 48% пациентов. Среднее значение АСТ® теста в I группе было равно 21,5 баллам, тогда как в двух других группах этот показатель был значительно ниже. Применения для базисного лечения комбинированного препарата будесонида (100 мкг) и сальбутамола (200 мкг) (Биастен®), в режиме по требованию, повысило среднее значение АСТ® теста с 15,6 до 20,8 ($p< 0,05$) у больных с персистирующей БА.

62.ХАРАКТЕРИСТИКА МАРКЕРОВ ВОСПАЛЕНИЯ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ У БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

Ровкина Е.И.-1, Емельянов А.В.-2
1-Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им.акад.И.П.Павлова, 2- Санкт-Петербургская медицинская академия последипломного образования

Целью настоящей работы явилось исследование уровней оксида азота (NO), оксида углерода (CO) и пероксида водорода (H2O2) в выдыхаемом воздухе и их связь с клинико-функциональными показателями у больных бронхиальной астмой (БА). Под наблюдением находилось 105 больных атопической БА (26 мужчин и 76 женщин) в возрасте от 18 до 76 лет (средний возраст 48,7 лет). Уровни NO и CO в выдыхаемом воздухе измеряли на анализаторе Logan 4000 (Kent, Великобритания), концентрацию H2O2 в конденсате выдыхаемого воздуха (КВВ)- спектрофотометрическим методом (Galati&Pracht, 1985). Оценка выраженности симптомов БА проводилась по трехбальной шкале (Aas K, 1981) при анализе дневников больных, качества жизни- с помощью вопросника AQLQ (Juniper et al, 1993). Регистрация ОФВ1 осуществлялась на спирографе Vitalograph 2120 (Великобритания). Бронхиальная гиперреактивность оценивалась с помощью провокационного теста с метахолином. Контрольная группа включала 21 практически здорового человека. У обследованных больных выявлено повышение концентраций NO и H2O2 в выдыхаемом воздухе, которые коррелировали с гиперреактивностью бронхов к метахолину. Уровень CO не отличался от нормального. Концентрация H2O2 в КВВ в отличие от уровня NO отражала тяжесть течения БА и величину ОФВ1. Не выявлено связи между изучаемыми маркерами, большинством клинических симптомов и показателями качества жизни больных. Не найдено корреляции между концентрациями NO и H2O2. Таким образом, уровни NO и H2O2, вероятно, отражают разные аспекты воспаления дыхательных путей и могут использоваться в качестве его взаимодополняющих маркеров при диагностике и лечении БА.

63. ВЗАИМОСВЯЗИ МЕЖДУ ПОКАЗАТЕЛЯМИ ГУМОРАЛЬНОГО ИММУНИТЕТА В ГРУППАХ АЛЛЕРГОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ С РАЗНОЙ ДИНАМИКОЙ УРОВНЯ ОБЩЕГО IGE

Феофанова Т. В.
Московская медицинская академия им. И.М. Сеченова

Проведен анализ исходной структуры значимых корреляционных связей (ЗКС) между показателями иммунного статуса (ПИС) в двух группах больных бронхиальной астмой, получивших сочетанное лечение (курс рузама и курс аутолимфоцитотерапии последовательно) и имевших в результате этого лечения разную динамику уровня общего IgE (гр. 1- 9 больных с положительной динамикой IgE; гр. 2- 9 больных с отрицательной динамикой IgE). Значения ПИС определяли до начала лечения. Изучены ЗКС (Спирмен, $p<0,05$), включающие показатели гуморального иммунитета (ПГИ): CD20+ клетки, IgM, IgA, IgG, IgE. Между ПГИ выделяли связи двух типов а) непосредственные, представленные одной ЗКС (ПИГ1 – ПИГ2), и опосредованные (ПИГ1 ↔ ПИГ2), которые были получены из нескольких ЗКС, объединенных в цепочки: ПГИ1 – ПИС1, ПИС1 – ПИС2 … ПИСк – ПИГ2. Знак опосредованной корреляции был положительным, если в цепочку входило четное число отрицательных ЗКС, и, наоборот, знак был отрицательным, если число отрицательных ЗКС было нечетным. В гр. 1 выявлены следующие ЗКС (в скобках приведено значение коэффициента корреляции): абс. CD20+ – IgM (+0,69); абс. CD20+ – IgG (+0,74); IgM – IgG (+0,89), IgE – % CD3+ (-0,68); положительные связи: абс. CD20+ ↔ IgA, IgM ↔ IgA, IgG↔IgA. В гр. 2 выявлены ЗКС: абс. CD20+ – IgA (-0,78); % CD3+ – IgM (-0,67); % CD3+ – IgG (-0,80); IgE – % CD3+ (+0,83); положительная связь IgM↔IgG. Выводы. Выявлены многочисленные различия в исходной структуре ЗКС и опосредованных связей, ответственных за формирование гуморального иммунитета в группе больных с последующей отрицательной динамикой IgE, по сравнению с группой, в которой в ходе лечения развивалась положительная динамика IgE, а изучаемые связи до начала лечения были традиционными.

64. ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ КОМБИНИРОВАННОЙ ЛАЗЕРОТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

Титова Л. А.
Воронежская Государственная медицинская академия

Цель исследования -повышение эффективности лечения бронхиальной астмы путем применения комбинированной лазеротерапии. Материалы и методы: Материалом для решения поставленных задач послужили результаты обследования 102 больных смешанной формой бронхиальной астмы средней степени тяжести. Устанавливали диагноз и оценивали эффективность лечения на основании клинико-лабораторных, спирографических показателей. До и после лечения у всех больных бронхиальной астмой определяли уровень кортизола крови. В комплексное лечении больных СФБА включалась лазерная терапия. С целью оценки характера влияния НИЛИ инфракрасного спектра, с различной частотой импульсов на морфофункционального состояния пучковой зоны коры надпочечников было проведено экспериментального исследование. Результаты: Включение комбинированной лазеротерапии путем надвенного лазерного облучения крови красного спектра и чрезкожного лазерного облучения инфракрасного спектра проекции надпочечников в комплексную терапию приводит к более быстрому наступлению клинической ремиссии, что сопровождается улучшением лабораторных показателей, данных ФВД, нормализации содержания кортизола крови по сравнению с традиционными методами лечения и применением только чрезкожного облучения области проекции надпочечников. В эксперименте установлено стимулирующее влияние НИЛИ на цитоморфологические параметры пучковой зоны коры надпочечников. Выводы: В комплексную терапию больных СФБА необходимо включать комбинированную лазеротерапию, которая способствует уменьшению клинико-лабораторных и функциональных показателей обострения и позволяет значительно снизить дозы принимаемых лекарственных препаратов и оказывает благоприятное влияние на гормональный статус.

65. АЛЕКСИТИМИЯ У БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ ПСИХОГЕННО ИНДУЦИРОВАННОЙ

Немеров Е. В.
Военно-медицинский институт.

Алекситимия- неспособность к вербализации чувств- рассматривается как патогенетический фактор психосоматической патологии. Цель: Изучить уровень алекситимии у больных бронхиальной астмой (БА), у которых развитие болезни провоцируют негативные психологические факторы. Материалы и методы: С помощью Торонтской Алекситимической Шкалы(TAS) проведено сравнительное исследование 2 групп больных БА. Первую, условно обозначенную как БА психогенно индуцированная (БАПИ), составили 52 больных, у которых в развитии и обострении болезни большую роль играли психотравмирующие жизненные события. Во вторую - непсихогенную БА (БАНП) вошли 55 пациентов, у которых в течении болезни не было связи с психологическими факторами. Результаты: Средние значения TAS у больных БАПИ существенно не отличались. Но доля алекситимиков(TAS±БАНП(67,3 группе БАПИ(42%) была достоверно выше($p< 0.05$), чем в группе БАНП(26%). Заключение: Алекситимия преобладает среди больных БА, у которых существенную роль в манифестации заболевания играют психоэмоциональные стрессы, что заставляет подумать о вкладе этого феномена в реализацию психоэмоциональных триггерных механизмов болезни.

66. КОНТРОЛЬ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ В ПРАКТИКЕ ВРАЧА-ТЕРАПЕВТА

Овсянников Н.В., Багишева Н.В.
ОГКБ №1 им.Кабанова А.Н., г.Омск

Цель: изучение уровня контроля бронхиальной астмы (БА) у взрослых на фоне проводимого лечения врачами первичного звена здравоохранения г. Омска. Материалы и методы: Оценка эффективности терапии проводилась с помощью валидизированной русскоязычной версии вопросника АСТ (Asthma Control Test) во время ежемесячных посещений пациентом врача для выписки льготных рецептов 6 месяцев. Во время визитов контролировалась техника выполнения ингаляций, соблюдение режима до-зирования. В качестве базисной терапии одна группа получала будесонид (Бенакорт), вто-рая беклометазона дипропионат (Беклазон Эко Легкое Дыхание), третья будесонид/формотерол (Симбикорт 160/4,5), четвертая флютиказон (Фликсотид), пятая группа - симптоматическую терапию. Результаты: Анализ изменения уровня контроля БА за 6 месяцев тщательного на-блюдения больных БА участковыми терапевтами демонстрирует повышение его на 3-8 баллов при применении иГКС и всего на 1,25 балла при симптоматической терапии. Хо-роший уровень контроля достигнут в группах будесонида, беклометазона и симптомати-ческих препаратов у больных легкой БА, будесонида и флютиказона у больных среднетя-желой БА. У больных тяжелой БА достигнуть контроля над БА не удалось. При оценке динамики уровня контроля БА за период 6-месячного тщательного ведения больных уча-стковыми терапевтами прослеживается тенденция улучшения контроля во всех группах, независимо от стоимости терапии.
Выводы: 1. Валидизированная русскоязычная версия вопросника АСТ (Asthma Control Test) является удобным и эффективным инструментом изучения уровня контроля БА на этапе первичного звена; 2. Стоимость терапии не влияет на динамику уровня контроля БА; 3. Резерв повышение уровня контроля БА заключается в улучшении качества наблюдения врачами первичного звена.

67. ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ В ПЕРВИЧНОМ ЗВЕНЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Ефимова Л. П.
Сургутский госуниверситет

Цель: провести оценку эффективности лечения бронхиальной астмы в первичном звене здравоохранения. Материал и методы: обследованы больные бронхиальной астмой из диспансерной группы наблюдения – случайная выборка 60 человек из всех поликлиник г. Сургута. Стаж бронхиальной астмы составил 7,55±0,8 лет. Стаж диспансерного наблюдения составил 6,59±0,7 лет. Для оценки эффективности контроля бронхиальной астмы использовали вопросник "АСТ" (Asthma Control Test) - тест по контролю над астмой. Тест состоял из 5 вопросов, ответы на которые были представлены в виде пятибалльной оценочной шкалы. Результатом теста являлась сумма ответов в баллах, она же использовалась для формулировки рекомендаций. Так, оценка 25 баллов соответствовала полному контролю, оценка в интервале 20-24 баллов соответствовала хорошему контролю, и пациенту рекомендовали обратиться за консультацией к врачу, если он имеет желание достичь полного контроля, сумма менее 20 баллов свидетельствовала о неконтролируемом течении заболевания и требовала вмешательства врача для пересмотра (или составления) плана лечения. Статистическая обработка данных проведена методами описательной статистики (M±m) с использованием пакета программ «Биостат». Результаты: средний результат АСТ-теста в целом по группе обследованных лиц составил 18,9±0,6 баллов. Полный контроль за астмой был установлен у 8 больных (13%), хороший контроль - у 22 больных (37%), неконтролируемая астма установлена у 30 больных (50%). Заключение: установлен достаточно низкий процент больных, у

которых достигнут полный контроль эффективности лечения бронхиальной астмы, но эта цифра почти в 2 раза выше аналогичной, полученной в результате исследования AIRE (Asthma Insights and Reality in Europe).

68. ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ ТЯЖЕЛОЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ В ТЕРАПЕВТИЧЕСКОМ СТАЦИОНАРЕ КОМБИНИРОВАННЫМИ ИНГАЛЯЦИОННЫМИ ГЛЮКОКОРТИКОСТЕРОИДАМИ

Янина Л.И., Игнатова Г. Л., Габбасова Л.А.
МУЗ Городская Клиническая Больница №4, г. Челябинск

Цель иследования: Оценка эффективности использования различных схем назначения базисных препаратов у больных с тяжелой бронхиальной астмой (БА) по клиническим параметрам.
Материалы и методы: Проведено обследование 72 больных с БА тяжелой степени, поступивших в стационар в обострении. Все больные обследованы с помощью стандартных клинических методов и определенного количества - клинических симтомов, суточной потребности в b2-агонистов;функциональных методов исследования легких(показатели функции внешнего дыхания (ФВД)). Больные распределены на 3 гр. в зависимости от базисного лечения. Все пациенты (П) имели тяжёлое, неконтролируемое течение БА.1 гр. - 24 (33,3%) П., которым назначался Серетид 1000/100 мкг., в суточной дозе (СД). 2 гр.- 24 (33,3%) П., Беклометазон в СД - 2000 мкг. 3 гр. - 24 (33,3%) П. на Симбикорте 640/18 мкг., в СД. Группы сопоставимы по возрасту.b2-агонистов
Результаты: При анализе клинических проявлений обнаружено, что одышка усиливалась во время обострения во всех группах, но была более выражена у пациентов во 2 гр.
В 1гр. в период ремиссии достигнут частичный контроль над БА, ОФВ1 достоверно увеличен на 20,8 %. Во 2гр. контроль не был достигнут т.к. отмечен незначительный прирост ОФВ1 на 10,0 %. В 3 гр. достигнут полный контроль над БА в этой гр., т.к. ОФВ1 достоверно увеличилось на 25,2%.
Заключение: Следовательно, прием комбинированных ИГКС препаратов и пролонгированных b2-агонистов П. 1 гр. и 3 гр., помог достигнуть частичного и полного контроля над БА в отличие от пациентов 2 гр., где контроль достигнут не был.

69. ВЕДЕНИЕ БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ В СОЧЕТАНИИ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА НА АМБУЛАТОРНОМ ЭТАПЕ

Шеметова Г.Н., Рябошапко А.И. ,Капко Ю.А., Коблов В.М.
ГОУ ВПО «Саратовский Государственный Медицинский Университет Росздрава»

Цель настоящего исследования - изучение особенностей ведения больных с сочетанной кардиальной и легочной патологией в амбулаторных условиях.
Было отобрано 57 больных с бронхиальной астмой среднетяжелой и тяжелой формы в сочетании с ИБС. Из них 20 мужчин и 37 женщин в возрасте от 45 до 65 лет.
Среди форм ИБС преобладали различные функциональные классы стенокардии, у нескольких больных в анамнезе перенесённый инфаркт миокарда. Также отмечались артериальная гипертензия, различные нарушения ритма, факторы риска (курение, наследственность, гиперхолестеринемия, экзогенно-конституциональное ожирение).
Всем больным проводились общеклинические, лабораторные, инструментальные исследования.
Следует отметить сложности в диагностике обострений бронхиальной астмы, сочетающейся с кардиальной патологией, так как усиление одышки и появление приступов удушья могли быть связаны как с сердечной, так и с легочной патологией. Большую помощь в определении бронхообструкции оказывали спирография и пикфлоуметрия, которые проводились всем больным. Программа

реабилитационных мероприятий включала борьбу с факторами риска, назначение базисной, гипотензивной, бронхолитической и антиангинальной терапии. Препараты, используемые для лечения бронхиальной астмы, в некоторых случаях вызывали повышение артериального давления и тахикардию, а некоторые препараты, для лечения ИБС - ухудшение течения бронхиальной астмы. Таким образом, ведение данного контингента больных представляет большие сложности. Лекарственные препараты должны тщательно подбираться с учетом их побочных эффектов. Данные больные должны наблюдаться совместно кардиологом и пульмонологом во избежание диагностических и лечебных ошибок.

70. ЛИЧНОСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ С ХОЛОДОВОЙ ГИПЕРРЕАКТИВНОСТЬЮ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ

Боговин Л.В., Перельман Ю. М.
ГУ Дальневосточный научный центр физиологии и патологии дыхания СО РАМН

Цель: изучить личностные особенности больных бронхиальной астмой (БА) с холодовой гиперреактивностью дыхательных путей (ХГРДП).
Методы исследования: С помощью стандартизированного многофакторного метода исследования личности (СМИЛ) исследовались личностные особенности 64 больных БА (33 женщины и 31 мужчина, средний возраст - 34,1±1,98 лет) легкой и средней степени тяжести (29 и 35 человек соответственно) с ХГРДП.
Результаты: Анализируемый усредненный профиль СМИЛ больных характеризовался пиками по 4-й (67,94±2,61 Т-баллов), 8-й (65,05±1,77) и 2-й (61,25±2,01) шкалам и умеренным повышением по 7-й шкале (61,60±1,70 Т-баллов). Подобный личностный профиль (4872-) отражает импульсивность, самостоятельность, противодействие внешнему давлению, индивидуалистичность и своеобразие суждений и поведения, напряженность, тревожность и пессимистическую оценку своих перспектив. Сочетание пиков по 4-й и 8-й шкалам указывает на своеобразие восприятия и мышления, избирательность и поверхностность контактов, социальную дезадаптацию, низкую подчиняемость правилам и рекомендациям (негативная кооперативность), склонность постоянно без видимой причины менять врачей. В интервью больные чаще отмечали «реалистичный» взгляд на свое состояние, течение и прогноз своего заболевания. Эта позиция возможно компенсирует потенциальную неконформность, склонность к риску, сиюминутным эмоциональным всплескам (высокая 4 шкала).
Заключение: Установленные особенности личности необходимо учитывать для формирования позитивной кооперативности у больных БА с ХГРДП, что способствует улучшению контролируемости течения БА.

71. ХОЛОДОВАЯ ФОРМА БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ В УСЛОВИЯХ ВЫСОКИХ ШИРОТ

Ушаков В.Ф., Славнов В.А., Конрат О.Н., Кострубина В.А.
СурГУ, Пульмонологический центр, СОКБ, Сургут

Цель: Изучить особенности развития, течения, диагностики и лечения холодовой формы бронхиальной астмы (ХБА) в экстремально-дискомфортных климато-экологичеких условиях высоких широт. Методы исследования: Дизайн исследования – проанализированы на протяжении 6 лет обращения, приезжих (ср. возраст 42,3±3,4) в Сургут 925 больных БА, в консультативно-диагностичекую поликлинику по поводу обострения заболевания, уточнения диагноза. Изучены особенности течения у 31 больного (9 средней и 22 тяжелой степени) ХБА на Северо-Востоке РФ. Проведен анализ клинических, функциональных, рентгенологических (включая КТ), биохимических, иммунологических, бронхологических исследований у 99 больных ХБА (76 средней и 24

тяжелой степени). Проведена холодовая проба (пребывание в течение 30 минут на открытом воздухе при температуре -25-30°С) у 28 здоровых лиц и у 20 больных БА (средней степени). При этом из 20 больных у 10 была установлена ХБА.
Результаты: Установлено, что ХБА развивается через 3-8 лет после приезда на Север, что составляет 12% от обратившихся в КДП. Особенностью течения ХБА явилась выраженная холодовая гиперреактивность (снижение скоростных показателей в 2-4 раза, после пребывания на открытом воздухе при температуре -20-45°С, повышении в крови IgE, ЦИК, эозинофильно-лимфоцитарных розеток). Так у больных ХБА показатели ФОВ, МОС75 в исходном состоянии (1), после холодовой пробы (2) и после пробы с вентолином (3) составляли соответственно: 71,2±3,6% и 49,6±2,9% (1); 40,8±2,6% и 15,4±2,6% (2); 65,3±2,8% и 36,4±2,4% (3); в контрольной группе – 73,2±3,3% и 43,2±2,6% (1); 65,4±3,6% и 36,1±2,8% (2); 77,4±3,2% и 44,6±3,2% (3).
Заключение: Контроль над ХБА был установлен у 92% лиц на фоне применения симбикорта, спиривы, антиоксидантов, адаптагенов.

72. РЕАКЦИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ У БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ В УСЛОВИЯХ ПЕРЕГРУЗКИ ОБЪЕМОМ ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ ПРОБЫ ВАЛЬСАЛЬВЫ

Смирнова Т.В., Перельман Ю. М.
ГУ Дальневосточный научный центр физиологии и патологии дыхания СО РАМН

Цель: изучение возможности применения пробы Вальсальвы (4 фаза) у больных бронхиальной астмой (БА) для диагностики скрытой недостаточности правого желудочка (ПЖ) и нарушений легочной гемодинамики. Методы: Обследовано 96 больных БА смешанного генеза в фазе обострения (36 мужчин и 60 женщин). Контрольную группу составили 20 здоровых лиц. Ультразвуковое исследование сердца проводили на аппарате SSD-1700 («Aloka», Япония) в М-, В- и импульсно-волновом допплеровском режимах с использованием конвексного датчика UST–3,5 МГц. Для создания нагрузки объемом на правые камеры сердца предлагали после неглубокого вдоха натужиться при закрытой голосовой щели в течение 30 с. Внутригрудное давление повышали до 30±5 мм рт.ст.
Результаты: В условиях повышенного притока крови размер ПЖ в диастолу был достоверно больше у больных со среднетяжелым течением БА по сравнению с контролем (соответственно 2,56±0,13 и 2,97±0,10 см, $p<0,05$). Диастолическая дисфункция ПЖ в течение пробы нарастала по мере утяжеления БА и была наиболее выражена у больных с тяжелым течением (Е/А составило в среднем 1,13±0,07 по сравнению с 1,68±0,08 в контроле, $p<0,001$). Прирост общего легочного сосудистого сопротивления во время пробы имел тенденцию к снижению у больных БА, приобретая отрицательные значения при тяжелом течении заболевания (-29,75±12,29%). После выполнения пробы Вальсальвы исчезали корреляционные связи между ОФВ1 и средним давлением в легочной артерии, а также с размером ПЖ в диастолу, свидетельствуя о том, что возникающие в ходе пробы гемодинамические сдвиги определяются исключительно сосудистой реактивностью и реакцией ПЖ на изменения сосудистого сопротивления. Заключение: Применение пробы Вальсальвы может быть перспективным для выявления ранних нарушений легочно-сердечной гемодинамики у больных БА.

73. НЕИНВАЗИВНАЯ ОЦЕНКА ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ АКТИВНОСТИ ЭНДОТЕЛИЯ У ПАЦИЕНТОВ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

Лукина Е.Ю., Перлей В.Е., Александров А.Л., Гичкин А.Ю., Козырев А.Г.
НИИ пульмонологиии СПбГМУ им. акад. И.П.Павлова

Цель: Выявление дисфункции эндотелия (ДЭ) у пациентов с бронхиальной астмой (БА) с помощью ультразвуковых методов исследования. Метод: С помощью ультразвука

высокого расширения проведено исследование функциональной активности эндотелия у 30 пациентов со среднетяжелым течением БА (вне обострения, без сопутствующей артериальной гипертензии, диабета) и 10 добровольцев сходного возраста (53±4 года) без легочной патологии и артериальной гипертензии оценивалась эндотелий-зависимая и эндотелий-независимая вазодилатация плечевой артерии. Всем обследованным проведена эходопплерография, проведено фенотипирование липидов.
Результаты: У 12 пациентов с БА была выявлена ДЭ, заключающаяся в недостаточном расширении (< 10%) плечевой артерии в ответ на окклюзионную пробу (Celermajer, 1992). Группа больных БА с признаками ДЭ статистически достоверно не различалась с контролем и группой без признаков ДЭ по результатам фенотипирования липидов. При корреляционном анализе выявлена высокой силы прямая корреляция между ДЭ и диастолической дисфункцией левого желудочка по результатам тканевой допплерографии ($r=0.96$, $p<0.05$).
Таким образом, уменьшение степени эндотелий-зависимой дилатации плечевой артерии у пациентов со среднетяжелой БА и нарушение диастолической функции ЛЖ могут являться ранними прогностическими признаками кардиоваскулярных нарушений в будущем.

74. УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ВЕРИФИКАЦИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ЛЕГОЧНОГО СЕРДЦА ПРИ СОЧЕТАНИИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ И ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ У ПОЖИЛЫХ

Апанасевич А.В. - 1, Махонина И. И. - 2
Областной госпиталь ветеранов войн г. Саратова – 1, Саратовский государственный медицинский университет - 2

Цель - эхокардиографическое (ЭХОКГ) изучение структурно-функционального состояния сердца и давления в легочной артерии у пожилых больных, страдающих комбинацией бронхиальной астмы (БА) и хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ), для верификации у них хронического легочного сердца (ХЛС). Методы. В исследование включено 20 больных с сочетанием БА и ХОБЛ в возрасте от 60 до 79 лет с разной степенью симптоматики ХЛС. Использовались эхокардиограф SIM 5000 plus и SONOS 1000 допплероэхокардиограф в М- и В-режимах. Исследование правых камер сердца проводилось апикальным и субкостальным доступами с определением размера правого предсердия (ПП), правого желудочка (ПЖ). Фиксировались конечные систолический, диастолический размеры левого желудочка (ЛЖ), фракции изгнания (ФИ) и среднее давление в легочной артерии (СДЛА).
Результаты. Установлено, что нарушение диастолической функции ПЖ является наиболее ранним ультрасонографическим признаком формирования ХЛС. Оно выявлено у 5 пациентов, при этом ФИ у них и ПЖ, и ЛЖ оставалась в пределах нормы (соответственно 62,4±2,3%, 63±1,9%). Увеличение ПП обнаружено у 6 больных, ПЖ – у 9. Дилатация правых отделов сердца не всегда сопровождалась гипертрофией ПЖ. Одновременно гипертрофия и дилатация ПЖ имелись у 4 больных. Только гипертрофия ПЖ - у 2. Изменения левых отделов сердца наблюдались у 3 больных с сопутствующей артериальной гипертензией. Повышение СДЛА установлено у 18 больных, оно относительно невысокое (38,7±2,1 мм рт. ст.), несмотря на значительные у некоторых больных изменения правых отделов сердца.
Заключение. ЭХОКГ служит высокоинформативным неинвазивным методом верификации ХЛС у пожилых пациентов с сочетанием БА и ХОБЛ. Ранним критерием ХЛС является диастолическая дисфункция ПЖ, более поздним – его гипертрофия и дилатация

75. ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ТЕРАПИИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ТЕСТА ПО КОНТРОЛЮ НАД АСТМОЙ (АСТ)

Бурковская Е. Н.
Воронежская государственная медицинская академия им. Н.Н. Бурденко

Цель: оценка эффективности терапии бронхиальной астмы (БА) с использованием теста по контролю над астмой (АСТ). Материалы и методы: исследование проводилось на случайной выборке пациентов с БА, проходивших обследование и лечение в пульмонологическом отделении ГУЗ ВОКБ №1 г. Воронежа (всего 104 больных). Все пациенты имели БА средней степени тяжести, длительность заболевания составила от 1 до 40 лет. Все больные принимали различные ИГКС в сочетании с пролонгированными ингаляционными симпатомиметиками. Больным проводились стандартные обследования, а также спирография, пикфлоуметрия, тестирование АСТ. Результаты: При обследовании пациентов показатели ОФВ1 составили от 18% до 69%, вариабельность пиковой скорости выдоха у всех больных была более 30%, количество баллов АСТ – от 5 до 18. При статистической оценке результатов исследования выявлена прямая корреляция между показателями функции внешнего дыхания (степенью обструктивных нарушений) и балльной оценкой состояния пациентов. Полученные балльные оценки свидетельствовали об отсутствии контроля над БА за последний 1 месяц. При опросе пациентов выявлено, что 26 (25%) больных принимали базисные препараты регулярно, остальные (78 человек) нерегулярно, при этом дозы принимаемых базисных препаратов у всех пациентов не соответствовали тяжести БА и/или не корректировались при обострении БА. Заключение: АСТ выявил отсутствие контроля БА у всех наблюдаемых пациентов. Причинами этого являются: низкая приверженность к выполнению врачебных рекомендаций, неадекватность доз принимаемых базисных препаратов, отсутствие гибкого дозирования препаратов.

76. ЭФФЕКТИВНОСТЬ НЕБУЛАЙЗЕРОТЕРАПИИ ВИНТОКОЛОМ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ГЕЛИОКСА У БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

Шогенова Л.В. Куценко М.А. Годяев М.Я., Бабак ДЛ., Чучалин А.Г.
ФГУ НИИ пульмонологии Росздрава. г. Москва

Цель: оценка эффективности небулайзеротерапии с винтоколом с использованием гелиокса (несущий газ).
Материалы и методы: Обследовано 28 больных БА с легкой и средней тяжестью течения. Больные 1 гр.- 14 человек получали небулайзеротерапию в дозе 2,5 мг 2 раза в день 7 дней с использованием гелиокса (О2=21% Не=79%) (несущий газ). Во 2 гр. 14 человек для небулизации винтокола в дозе 2,5 мг 2 раза в день 7 дней использовался воздух (несущий газ).
Результаты: У1 гр. - прирост ОФВ1 был достоверно ($p<0,01$) выше (26,2%±5,6) по сравнению со второй гр. (21,4%±4,1). Достоверных отличий в исходном уровне ОФВ1 на 3 и 7 сутки не отмечалось, однако самочувствие пациентов объективизированное при помощи ВА шкалы на 3 день достоверно ($p=0,02$) выше в 1 гр. (7,2±1,8) по сравнению со 2 гр. (6,4±2,1).
Выводы: За счет физических свойств гелия достигается большая концентрации винтокола в дистальных отделах бронхов, что результируется в большей величине бронходилатации. Это свидетельствует о целесообразности включения в комплекс больных с БА небулайзерной технологии с использованием гелия.

77. ЭФФЕКТИВНОСТЬ НЕБУЛАЙЗЕРОТЕРАПИИ АТРОВЕНТА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ГЕЛИОКСА У БОЛЬНЫХ СРЕДНЕТЯЖЕЛОЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ.

Шогенова Л.В., Годяев М.Я., Бабак ДЛ., Чучалин А.Г.
ФГУ НИИ пульмонологии Росздрава. г. Москва

Цель исследования: Обследовано 18 пациентов в возрасте 28-53 лет (61%- женщины, 39% - мужчины) со среднетяжелым течением эндогенной формы бронхиальной астмы. Больные были разделены на 2 группы. Больные 1 гр.- 9 человек получали небулайзеротерапию в дозе 2,5 мг 2 раза в день 7 дней с использованием гелиокса (O2=21% He=79%) (несущий газ). Во 2 гр. 9 человек для небулизации атровента в дозе 2,5 мг 2 раза в день 7 дней использовался воздух (несущий газ).
Критериями эффективности терапии служили:
минимальное число дневных симптомов (≤1),
минимальное число ночных симптомов (≤0,05), ПСВ среднесуточная ≥ 80%, суточная лабильность бронхов ≤ 20%, отсутствие побочных эффектов от проводимой терапии.
Результаты: К моменту окончания исследования 92,5 % больных 1 гр. и 64,7% больных 2 гр. Достигли критериев «хорошо контролируемой астмы». 3 пациента были исключены из исследования (2 пациента из 1 гр и 1 пациент из 2 гр.
в связи с утяжелением состояния
вследствие перенесенной ОРВИ,которым были подключены системные ГКСкоротким курсом).
Выводы: ИспользованиеНеО2 смеси, в качестве несущего газа, для небулизации атровента, у больных с среднетяжелой бронхиальной астмой, является более предпочтительным, чем использование воздуха, в
качестве несущего газа, во время ингаляции атровента через небулайзер.

78.КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕБНОГО ПЛАЗМАФЕРЕЗА У БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ В СОЧЕТАНИИ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Шаповалова Т.Г. -1, Степанова Т.В. -2, Рябова А.Ю. - 3, Кириллов М.М. - 4, Смоляк С.Б-5.
Саратовский медицинский университет

Цель исследования состояла в оценке эффективности лечебного плазмафереза (ПА) в составе комплексной терапии у больных бронхиальной астмой (БА) в сочетании с артериальной гипертензией (АГ).
Методы исследования: использовались общеклинические и специальные методы, в том числе ФВД, Эхо-КГ, оценка реологических свойств крови по показателям ее вязкости, индексов деформации и агрегации эритроцитов.
Дизайн исследования: обследовано 94 больных с сочетанием БА и АГ. У 16 чел имело место легкое течение, у 45 – средне - тяжелое и у 29 – тяжелое течение БА. У всех пациентов была II стадия АГ. Больные 1-ой группы (45 чел) получали только медикаментозную терапию; 2-ой группы (49 чел) - медикаментозную терапию и ПА. Контрольную группу составили 45 здоровых лиц в возрасте 37±7 лет. Больные поступали в стационар в стадии обострения БА. У всех фиксировались повышенные цифры АД: 145-170 и 90 - 105 мм рт. ст. Обследование проводилось трижды: в первые 3 дня после госпитализации, на 7-10 сут, в период максимальной лекарственной нагрузки (в это время пациентам 2-й группы назначался ПА) и перед выпиской, на 19-21 сут. Выполнялось 3 процедуры ПА с перерывами в 2-3 дня.
Результаты: в сравнении с пациентами 1-ой группы клиническое улучшение у больных, получавших ПА, проявлялось уменьшением приступов удушья, стабилизацией АД на 5±1,3 дней раньше ($P < 0,05$); при выписке у них были отмечены более высокие показатели фракции выброса и ФВД. У получавших ПА уже после первой процедуры

79. СПОСОБ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ СМЕШАННОЙ ФОРМЫ

Селина И. А., Провоторов В.М., Свекло Л.С.
МУЗ ГО г.Воронежа ГКБСМП N1

Согласно современной концепции патогенеза бронхиальной астмы (БА), ведущая роль в развитии бронхоспазма и формировании гиперреактивности бронхиального дерева принадлежит хроническому воспалению, эффективное лечение которого требует использования глюкокортикостероидов (ГКС). Целью настоящей работы является исследование клинического и иммунологического статуса при лечении больных БА путем использования метода экстракорпоральной модификации лимфоцитов глюкокортикостероидами. Метод лечения. Курс лечения состоял из 3-5 сеансов, проводимых через день. Аутологичную лейковзвесь в количестве 120±5 мл, обогащенную лимфоцитами до концентрации (4-8)-109 клеток/л, облучали УФ-светом , после чего во взвесь добавлялась полусуточная доза глюкокортикостероидного гормона (метилпреднизолона), получаемого пациентом на данном этапе лечения с дальнейшей инкубацией в термостате при 37 °С в течение 60 мин, лейковзвесь реинфузировалась больному. Результаты. У больных по окончании курса удалось полностью купировать приступы удушья у 80%, у 20% приступы удушья сократились с4-5 до 1-2 раз в неделю (ночью). У 13% больных на фоне проведенных процедур стало возможным полная отмена глюкокортикостероидов системного действия. Дополнительное проведение ЭКОК вызвало стимуляцию исходно сниженного количества лимфоцитов на 28,2 ± 7,2 %, Е-РОК 56,5 ± 8,%, Тфр-РОК 48,7 ± 8,1%, Тфч-РОК 53,8 ± 8,0%, М-РОК 48,8 ± 8,1%, и уменьшение завышенного содержания ЦИК на 51,3 ± 8,0%и МСМ 18.0 ± 6,7 %. Выводы: применение данного метода способствует выраженной положительной динамике основных клинических показателей, показателей функции внешнего дыхания у больных бронхиальной астмой, иммуномодулирующему эффекту, отсутствию катаболических осложнений.

80. ЭФФЕКТИВНОСТЬ ВОЗДЕЙСТВИЯ АФАБАЗОЛА НА СОМАТИЧЕСКИЕ СИМПТОМЫ У ПАЦИЕНТОВ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ В СТАДИЮ ОБОСТРЕНИЯ

Мишустина Е.Л.-1, Бучев Д.А.-1, Агеева Т.С.-1
Томский Военно-медицинский институт -1

Цель: Изучить эффективность воздействия афабазола на соматические симптомы у пациентов бронхиальной астмой (БА) в стадию обострения.
Материалы и методы: Обследовано 30 пациентов с верифицированным диагнозом БА, средней степени тяжести, в стадии обострения, госпитализированных в порядке скорой помощи в терапевтическое отделение многопрофильного стационара. Основную группу составили 20 пациентов БА (средний возраст – 50±2,3 года; мужчин – 12, женщин – 8), контрольную – 10, аналогичных основной группе по возрасту и полу. Пациенты основной группы на фоне базисной терапии БА и обострения получали афабазол в суточной дозе 30 мг в течение 28 дней. Объективная оценка исходного состояния и динамики на фоне лечения афабазолом пациентов обеих групп осуществлялась с помощью Шкалы тревоги Гамильтона и Шкалы общего клинического впечатления при осмотре пациентов лечащим врачом до начала терапии, на 7-й и 12-й дни лечения в стационаре, а затем на 28-й день амбулаторно.
Результаты: Средняя сумма баллов по Шкале тревоги Гамильтона до начала лечения составила в основной группе –19,3±2,3, в контрольной – 19,8±3,1. Через 12 дней лечения афабазолом средняя сумма баллов по Шкале тревоги Гамильтона снизилась в основной группе на 63,3% и составила 7,1±1,1 баллов ($p<0,05$), в контрольной – составила 17,5±3,2

(p>0,2). Приступы удушья купировались в основной группе через 3 – 4 дня лечения (в контрольной группе через 5 – 7 дней). ПСВ восстановилась до индивидуальной должной величины в основной группе – на 5,1±1,4 день лечения (в контрольной группе – на 9,1±2,8 день).
Заключение: Присоединение афабазола к базисной терапии, проведенной пациентам БА в стадии обострения заболевания, позволило быстрее добиться получения положительного клинического эффекта.

81. СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ БЕКЛОМЕТАЗОНА ДИПРОПИОНАТА И ФЛУТИКАЗОНА ПРОПИОНАТА В ЛЕЧЕНИИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ

Визель А. А., Селиверстов В.Н., Визель И.Ю., Сергеев В.А., Рахматуллина Н.М.
Казанский медицинский университет

Целью исследования было сравнение клинической эффективности беклометазона дипропионата (Беклазон Эко в системе доставки «Легкое Дыхание») с флутиказона пропионатом (ДАИ Фликсотид) при использовании равных доз в лечении бронхиальной астмы. В исследование были включены 21 женщина и 5 мужчин в возрасте от 23 до 78 лет (медиана 47,0 лет), страдавших бронхиальной астмой средне-тяжелого (20) и тяжёлого течения (6 больных). Все больные применяли бета-2 адреномиметик короткого действия сальбутамол (Саламол ЭКО). Во вводном периоде (1 неделя) пациента обучали технике применения ингаляторов. Тест с 400 мкг сальбутамола привел к среднему увеличению ОФВ1 на 51,2 +/- 7,8% от исходных и 622,7 +/- 76,8 мл. На 8-й день проводили рандомизацию и определяли препарат на первые 4 недели, затем проводили замену одного ИКС на другой. Во всех точках исследования проводили спирометрию, оценивали качество жизни с помощью вопросника AQLQ. 50% больных не отметили различий в эффективности и переносимости ИКС, 30,8% — отдали предпочтение беклометазону и 19,2% — флутиказону. В обеих подгруппах (старт с беклометазона или старт с флутиказона) после первого месяца применения ИКС достоверно увеличились ЖЕЛ, ОФВ1 и СОС25-75, улучшилось КЖ, снизилась потребность в сальбутамоле. Смена ИКС не привела к достоверным изменениям параметров форсированного выдоха и КЖ. Проведённое открытое сравнительное рандомизированное исследование беклометазона дипропионата HFA (Беклазон ЭКО «Лёгкое Дыхание») и флутиказона пропионата (ДАИ HFA Флисксотид) показало равную клиническую эффективность и безопасность этих двух форм ингаляционных глюкокортикостероидов, что позволяет считать их клинически эквивалентными при средне-тяжёлой и тяжёлой бронхиальной астме.

82. ЗНАЧЕНИЕ РАЗГРУЗОЧНО-ДИЕТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

Фархутдинов У. Р.
Больница №21, Башкиский Государственный Медицинский Университет, Уфа

Цель: изучить влияние разгрузочно-диетической терапии (РДТ) на продукцию активных форм кислорода (АФК) фагоцитирующими клетками у больных бронхиальной астмой (БА).
Методы: обследованы 70 больных БА со среднетяжелым и тяжелым течением заболевания. Продукцию АФК у больных изучали методом регистрации люминолзависимой хемилюми-несценцией (ХЛ) крови. В сыворотке крови у больных определяли содержание маркеров эндотоксикоза – циркулирующих иммунных комплексов (ЦИК) и молекул средней массы (МСМ). В комплексе лечения у 30 больных использовали 14-дневный курс РДТ. Остальные 40 больных получали общепринятую медикаментозную терапию (ОТ). Результаты: у больных БА были выявлены как высокие,

так и низкие значения ХЛ крови. Интенсивность ХЛ зависела от выраженности воспаления, давности заболевания, характера проводимой терапии. Содержание МСМ и ЦИК в крови больных было повышенным. На фоне РДТ у больных БА нормализовались как высокие, так и низкие показатели ХЛ крови, снизилось содержание МСМ и ЦИК, улучшились клинико-лабораторные показатели. При ОТ динамика изучаемых показателей была менее выраженной, у части больных сохранялись приступы удушья. Выводы: РДТ у больных БА коррегирует генерацию АФК клетками крови, устраняет проявления эндотоксикоза, оказывает положительное влияние на течение заболевания.

83. РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ПОДРОСТКОВ г.АЛМАТЫ

Зарубекова Н.З., Семенова Р.И.
КазНМУ, Казахстан г. Алматы

Целью исследования являлось изучения обращаемости подростков по поводу приступов бронхиальной астмы (БА) за скорой и неотложной помощью города Алматы за последние 5 лет, с оценкой медикаментозной терапии. За 2001 -2005 годы проведен анализ 10144 карт вызовов скорой медицинской помощи по поводу приступа удушья, из них 3056 подростки. Возраст обратившихся пациентов составил от 15 до 21 года.
Наибольшее число подростков обращались за помощью осенью (7,2%) и весной (5,0%), летом и зимой обращений было меньше (5,0%,4,6%, соответственно). Наименьшее количество вызовов по поводу приступов бронхиальной астмы наблюдалось в ночное время. Из общего числа больных бронхиальной астмой у большинства подростков был атопический вариант течения болезни у 76%, инфекционно-зависимый у 14,7% и смешанный- у 7,1%. Тяжесть обострения (приступа) оценивалась как тяжелая у 84 % больных, средней тяжести у 14 %. Астматический статус регистрировался в 1,7 %. В поликлинике на учете у аллерголога состояло 55%, у пульмонолога 30% пациентов. К врачам до первого появления приступа удушья не обращалось 14,9% и эти больные не получали базисную противовоспалительную терапию. Показатель ОФВ 1 во время приступа был значительно снижен от должных величин. Колебания составляли от 43% до 56%. Из числа обратившихся, госпитализировано 892 (29,2%) больных, из них за скорой помощью повторно обращались 275 (9%). У 1975 (71%) пациентов приступ купирован. Для снятия приступа удушья использовались растворы эуфиллина (93%), димедрола (78%), преднизолона (46%). Небулайзерная терапия с беродуалом была проведена 26% больным. Результаты показали, что не все пациенты состоят на учете по поводу БА.

84. ВЛИЯНИЕ БАЗИСНОЙ ТЕРАПИИ НА БРОНХИАЛЬНУЮ ГИПЕРРЕАКТИВНОСТЬ И УРОВЕНЬ КОНТРОЛЯ ЗАБОЛЕВАНИЯ У МОЛОДЫХ БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

Иванов А. Ф., Черняк Б.А.
ГОУ ДПО ИГИУВ, Кафедра клинической аллергологии и пульмонологии, г. Иркутск

Цель исследования. Изучить влияние базисной терапии на степень бронхиальной гиперреактивности (БГ) и уровень контроля заболевания у молодых пациентов с бронхиальной астмой (БА), болеющих с детского возраста.
Материалы и методы. Обследовано 23 амбулаторных пациента в возрасте от 16 до 27 лет (средний возраст 19,1±0,54 года), болеющих БА с детства.
В соответствии со степенью тяжести БА 18 пациентов получали монотерапию ингаляционными стероидами (ИГКС) и 5 пациентов – комбинированную терапию (ИГКС + пролонгированный В2-агонист). Исходно и через 3 месяца терапии оценивался уровень контроля БА - «Asthma Control Test™» (АСТ) и БГ с расчетом провокационной дозы

(ПД20) для метахолина.
Результаты. Исходно недостаточный контроль БА (<20 баллов) выявлен у 15 пациентов. В группе с недостаточным контролем БА отмечался высокий и средний уровень БГ, средняя ПД20 для метахолина составила 0,1177±0,0196 мг. В группе с хорошим контролем преобладали больные со средним и низким уровнем БГ, ПД20 = 0,2338±0,0491 мг (p = 0,05).
Через 3 месяца терапии количество пациентов с полным и хорошим контролем БА (20-25 баллов) увеличилось в 2 раза (16 человек). Количество пациентов с недостаточным контролем снизилось с 15 до 7 человек. У пациентов с недостаточным контролем БА уровень БГ достоверно не изменился, ПД20 = 0,1568 ± 0,0224 (p = 0,2). У пациентов, достигших полного и хорошего контроля, уровень БГ достоверно снизился ПД20 =0,3277 ± 0,026 (p <0,001).
Заключение: Базисная терапия в течение 3-х месяцев сопровождается повышением уровня контроля БА и снижением БГ. Таким образом, результаты АСТ отражают не только уровень контроля БА, но и, косвенно, динамику БГ.

85. НАРУШЕНИЯ ИММУННОГО СТАТУСА ПРИ СТЕРОИДЗАВИСИМОЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ И ВОЗМОЖНОСТИ ИХ КОРРЕКЦИИ РЕКОМБИНАНТНЫМ ИНТЕРЛЕЙКИНОМ-2 ЧЕЛОВЕКА (РОНКОЛЕЙКИНОМ)

Никонорова Т.А.-1, Мусалимова Г.Г.-2, Петрова О.В.-1, Сапёров В.Н.-2
МУЗ «Городская больница №4» г. Чебоксары - 1, Чув ГУ им. И.Н.Ульянова - 2

Цель: изучить иммунологические нарушения при стероидзависимой бронхиальной астме и оценить возможности их иммуннокоррекции ронколейкином (ООО "Биотех", Санкт-Петербург).
Методы исследование: 90 больных стероидзависимой астмой были разделены на 3 группы по 30 человек. Первые 2 группы на фоне традиционной комплексной терапии получали Ронколейкин: I группа - по 500 000 МЕ внутривенно капельно 3-кратно с интервалом в 48 часов и затем подкожно 6 раз с интервалом в 2 недели; II группа – по 250 000 МЕ внутривенно капельно и ингаляционно через небулайзер, а затем подкожно и ингаляционно через те же интервалы, что и I группа. III группу составили пациенты без применения ронколейкина (контроль). Оценка иммунного статуса проводилась до начала терапии и затем через 4 месяца.
Результаты: обнаружено достоверное (p<0,05) уменьшение CD3, CD4, CD16 лимфоцитов, снижение CD4/CD8 и увеличение числа CD95, CD20 клеток, содержания уровней IgE и ЦИК, а также снижение фагоцитарного индекса. У пациентов I и II групп на фоне терапии ронколейкином отмечено почти 2-кратное увеличение количества CD3, CD4, CD8 лимфоцитов; снижение содержания CD95 клеток на 35%, CD20 клеток на 60-65%, уровня IgE - в 2 раза, а также увеличение фагоцитарного индекса на 40-45% от исходных значений. Кроме того, отмечалось уменьшение частоты приступов удушья и потребности в β2-агонистах. У пациентов II группы обнаружено снижение выраженности эндобронхиального воспаления. В группе контроля достоверно отмечалось нарастание CD95-клеток, уровней IgE и IgA, а также снижение уровня NK-клеток и фагоцитарного числа.
Заключение: Комплексная терапия с включением ронколейкина приводит к нормализации основных параметров Т-клеточного, гуморального и фагоцитарного иммунитета и сопровождается выраженным клиническим эффектом.

86. ПРИЧИНЫ РАЗВИТИЯ ГОРМОНОЗАВИСИМОСТИ ПРИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ

Никонорова Т.А. - 1, Мусалимова Г.Г. - 2
МУЗ «Городская больница №4» г. Чебоксары - 1, Чув ГУ им. И.Н.Ульянова - 2

Цель: изучить причины, по которым больным бронхиальной астмой (БА) были назначены пероральные глюкокортикостероиды (ГКС). Методы исследование: обследовано 50 больных БА, принимающих пероральные ГКС в течение 5-28 в поддерживающей дозе 15-25 мг в пересчёте на преднизолон. Анализировались жалобы, анамнез заболевания и жизни, данные объективного осмотра и результаты лабораторно-инструментального обследования. Результаты: Были выявлены следующие факторы, способствующие развитию стероидозависимости: 1) отсутствие аллергологической диагностики - у 34 пациентов, несоблюдение гипоаллергенного режима в отношении выявленного причинного аллергена у 6 человек из 16 лиц, которым было проведено аллергологическое обследование; 2) длительная неадекватная терапия БА с применением только короткодействующих ß2-агонистов и ксантинов - у 7 пациентов; 3) гиподиагностика аспириновой БА – указана только у 2 пациентов из 12 больных БА в сочетании с полипозным риносинуситом; 4) ошибочный диагноз бронхиальной астмы у больных ХОБЛ (2), саркоидозом (1), опухолями бронхов (1) и бронхоэктазами (3); 5) постоянно рецидивирующее течение БА вследствие наличия сопутствующих заболеваний (гнойный синусит - 4, тиреотоксикоз -1, рефлюкс-эзофагит - 4; 5) использование в анамнезе депо-препаратов ГКС (кеналог, дипроспан) внутримышечно– в 1 случае; 6) нестабильное течением заболевания, вероятно, генетически обусловленное, несмотря на адекватно проводимую терапию – 2. Заключение: для предотвращения развития гормонозависимости у больных БА необходимо осуществлять элиминационные мероприятия в отношении значимого аллергена, проводить дифференциальную диагностику по бронхообструктивному синдрому с другими заболеваниями и адекватное лечение как самой БА, так и сопутствующих заболеваний.

87. СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ТЕЧЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЯ И КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ ДО И ПОСЛЕ ОБУЧЕНИЯ В АСТМА-ШКОЛЕ

Сергеева В. П., Иваногло Н.М., Типикин В.А.
ГОУ ДПО Пензенский институт усовершенстования врачей Росздрава

Цель: оценить эффективность обучения больных бронхиальной астмой (БА) в астма-школе (АШ). Материалы и методы: В течение года наблюдались 60 больных БА различной степени тяжести (м-22, ж-38, средний возраст 43,6±4,2 лет), с длительностью заболевания от 7 до 32 лет. Пациенты обучались в АШ по стандартной программе, а также посещали «астма-день» 1 раз в 3 месяца. До и после посещения обучающего курса у всех пациентов оценивалось качество жизни по опроснику SF-36 (по 100 бальной шкале в условных единицах), течение заболевания, количество госпитализаций, вызовов СМП. Результаты: Все значения показателей качества жизни у больных БА, не зависимо от степени тяжести, до обучения в АШ были ниже среднепопуляционных в Поволжье (национальное исследование ИКАР). Симптомы БА не контролировались у 43,3% больных, приверженность лечению была недостаточной у 38,3%, число госпитализаций в год составляло 3,3±0,09, вызовов СМП - 2,93±0,11 на 1 больного. После обучения в АШ выявлено достоверное улучшение всех критериев качества жизни. Увеличен объем повседневной физической активности на 14,62 ($p<0,002$), уменьшилась роль физических и эмоциональных проблем в ограничении жизнедеятельности на 27,25 ($p<0,002$) и 30,06 ($p<0,005$) соответственно, улучшилось психическое здоровье на 20,78 ($p<0,002$), возросла социальная активность на 32,22 ($p<0,005$). Уменьшилось число больных с неконтролируемым течением БА до 21,7%, с низкой приверженностью рекомендациям врача до 18,3%, число госпитализаций снизилось в 2 раза, вызовов СМП в 1,8 раза. Заключение: учитывая положительное влияние образовательной программы на течение заболевания и качество жизни пациентов, в целях оптимизации терапии пациентам с БА

целесообразно включать обучение в АШ в комплексную программу лечения и реабилитации.

88. ИЗМЕНЕНИЕ ВЕНТИЛЯЦИОННОЙ ФУНКЦИИ ЛЕГКИХ У БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ С ИЗБЫТОЧНЫМ ВЕСОМ ТЕЛА

Кузьмина Я. С.-1
ГУ ДНЦ ФПД СО РАМН, Благовещенск-1

Цель: Выявить негативное влияние избытка веса на вентиляционную функцию легких у больных бронхиальной астмой (БА). Методы исследования: Методом спирометрии, на аппарате «Ultrascreen» (Эрих Егер, Германия), оценивали вентиляционную функцию легких. Методом биоимпедансометрии, используя монитор «OMRON BF 302» (Omron Matsusaka Co Ltd., Япония) измеряли жировую массу тела (ЖМ, кг, %). Обследовано 75 больных БА, имеющих индекс массы тела (ИМТ) более 25 кг/м2. Первую группу (n=28) составили лица с ИМТ от 25 до 29,9 кг/м2 (средний возраст 38,08±3,17 лет, рост 167,17±2,28 см, вес 78,04±3,14 кг), вторую группу (n=47) - лица с ИМТ от 30 до 39,9 кг/м2 (средний возраст 42,19±1,78 лет, рост 164,34±1,28 см, вес 94,41±1,85 кг). Результаты: Анализ данных между группами выявил ухудшение бронхиальной проходимости на уровне крупных, средних и мелких бронхов у лиц второй группы, соответственно на 41,5%, 40,2% и 42,2% ($p<0,05$). Форсированная жизненная емкость легких во второй группе составила 3,43±0,18 л, в первой - 4,16±0,35 л ($p>0,05$). Среднее значение объема форсированного выдоха за 1 сек (ОФВ1) во второй группе составило 2,25±0,11 л, в первой - 3,02±0,29 л ($p<0,01$). Во второй группе ЖМ в среднем составляла 36,04±1,5 кг и 38,03±1,33%, в первой – 24,07±1,64 кг и 30,01±2,06% ($p<0,01$). В общей совокупности больных методами многомерного корреляционного анализа обнаружена линейная связь между ИМТ и ЖМ (кг, %), соответственно, $r=0,88$ и $r=0,69$ ($p<0,001$), а также обратная связь ОФВ1 с ЖМ (кг, %) и ИМТ, соответственно, $r=-0,55$ ($p<0,01$), $r=-0,62$ ($p<0,001$), $r=-0,36$ ($p<0,05$). Таким образом, у лиц с избыточным весом тела ЖМ повышается пропорционально росту ИМТ, а бронхиальная проходимость ухудшается пропорционально степени повышения ИМТ и ЖМ.

89. ОСОБЕННОСТИ СРОЧНЫХ ГОРМОНАЛЬНЫХ ГИПОФИЗАРНО-ТИРЕОИДНЫХ РЕАКЦИЙ ПРИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ НА ХОЛОДОВУЮ ГИПЕРВЕНТИЛЯЦИОННУЮ НАГРУЗКУ

Пирогов А.Б., Колосов В.П., Перельман Ю.М., Крылова Ю.О., Лукьянов И.Н.
ГУ Дальневосточный научный центр физиологии и патологии дыхания СО РАМН, Благовещенск

Цель исследования: изучить характер и выраженность срочного стрессового гормонального ответа гипофизарно-тиреоидной системы (ГТС) у больных бронхиальной астмой (БА) на изменение бронхиальной проходимости, вызванное холодовой провокацией. Материалы и методы: радиоиммунологический микроанализ концентрации в крови тиреотропного гармона (ТТГ), тиреоглобулина (ТГ), общей и свободой форм трийодтиронина (Т3, св. Т3) и тироксина (Т4, св. Т4) исходно и через 30 минут после бронхопровокационной пробы 3-минутной изокапнической гипервентиляцией холодным (-20 °С) воздухом (ИГХВ). В исследование включались больные БА с наличием или отсутствием холодовой гиперреактивности дыхательных путей (ХГРДП). Результаты: В группе больных БА без ХГРДП индуцированная ИГХВ срочная стресс-реакция реализуется по «гипертиреоидному» пути и выражается в статистически значимом нарастании содержания в крови ТТГ и св. Т3 на фоне снижения уровня Т4 и тенденции к уменьшению Т3. В группе пациентов с ХГРДП постнагрузочные реакции ГТС не сопровождались в должной мере дополнительной адекватной мобилизацией

активности ее центрального и периферического звена. В целом, изначально низкие параметры ТГ не менялись под влиянием ИГХВ (признак развивающейся недостаточности резервов щитовидной железы).
Заключение: несовершенство срочных адаптивных гормональных механизмов ГТС у больных БА на воздействие холодового стимула является одним из факторов, модулирующих холодовую реактивность дыхательных путей.

90.ВОЗМОЖНОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ НЕЛАЗЕРНЫХ ИСТОЧНИКОВ СВЕТА В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ.

Крючкова А. В.
ВГМА им. Н.Н.Бурденко, кафедра пропедевтики внутренних болезней

Цель работы: повышение эффективности лечения больных бронхиальной астмой путем применения светодиодной хромотерапии. В результате проведенного обследования 122 больных бронхиальной астмой смешанной формы средней степени тяжести установлено, что наряду с выраженными клиническими признаками у них отмечаются нарушения функции внешнего дыхания, соответствующие тяжести заболевания, а также изменения лабораторных показателей. С целью возможной коррекции выявленных нарушений мы воздействовали на рефлексогенные зоны по предложенной нами методике излучением видимого диапазона (зеленым светом – длина волны 0,57 мкм и синим светом – длина волны 0,47 мкм), учитывая его возможное противовоспалительное и бронхолитическое действие. Анализ полученных данных показал, что быстрее всего нормализация основных клинико-лабораторных признаков наблюдалась в группе пациентов, которые получали светодиодную хромотерапию зеленым светом по предлагаемой методике. В период обострения бронхиальной астмы, наряду с выраженными клиническими проявлениями, регистрировались значительные изменения бронхиальной проходимости у больных во всех изучаемых группах. У пациентов исследуемых групп после курса светодиодной хромотерапии зеленым светом по сравнению с контрольной группой, достоверно увеличивались все исследуемые показатели, что свидетельствует об улучшении бронхиальной проходимости. Анализ изменений показателей ФВД у больных СФБА средней степени тяжести при применении хромотерапии зеленым светом выявил достоверно значимую положительную динамику значений по сравнению с традиционной медикаментозной терапией. Полученные результаты подтверждают, что в комплексную терапию больных СФБА средней степени тяжести целесообразно включать светодиодную хромотерапию зеленым светом.

91.ВЛИЯНИЕ ИНГАЛЯЦИОННОГО ВВЕДЕНИЯ ФОСФОГЛИВА НА УРОВЕНЬ АНТИОКСИДАНТНОЙ АКТИВНОСТИ ПЛАЗМЫ КРОВИ У ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНОСЯЩИХ ОБОСТРЕНИЕ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ

Лисица А. В., Соодаева С.К., Климанов И.А., Чучалин А.Г.
ФГУ "НИИ пульмонологии РОСЗДРАВА", г. Москва

Целью настоящего исследования было изучение влияния ингаляционного введения «Фосфоглива» на показатели антиоксидантной активности (АОА) плазмы крови у больных бронхиальной астмой (БА) в стадии обострения.
Материалы и методы. Проведено простое слепое плацебо-контролируемое рандомизированное исследование, в которое было включено 112 больных БА средней степени тяжести (ср.возраст 52,5±17,3г.; женщин – 61%). Пациенты были случайным образом разделены на 2 группы. Группа1 состояла из 58 пациентов, получавших ингаляции «Фосфоглива» через компрессорный небулайзер 1 раз в сутки в дозе 1250 мг (300 мг фосфолипида) на фоне традиционной терапии обострения БА. В группу2 вошли 54 пациента, у которых лечение обострения БА было проведено только по традиционной

схеме (контроль). АОА плазмы крови определялась по уровню малонового диальдегида; суммарная концентрация нитратов/нитритов (TNN) определялась модифицированным методом с использованием реактива Грисса.
Результаты. По окончании периода лечения (14 дней) в группе1 было зафиксировано повышение АОА плазмы крови с 1,95±0,4 до 3,31±0,6 отн.ед. ($p<0,001$), в то время как в группе2 этот показатель увеличился лишь с 2,03±0,5 до 2,24±0,3 отн.ед. Уровень TNN в плазме крови был изначально повышен в обеих группах (68,9±7,3 μM vs 67,5±8,5 μM). На фоне терапии «Фосфогливом» в группе1 он снизился до 57,2±4,0 μM ($p<0,01$), в то время как в группе2 он оставался на прежнем уровне (64,9±9,1 μM).
Выводы. Показано выраженное положительное влияние ингаляционного введения «Фосфоглива» на уровень АОА плазмы крови и TNN. Это может свидетельствовать о наличии системного эффекта при ингаляционном введении препарата, что вполне вероятно, учитывая нанолипосомную структуру препарата, обеспечивающую возможность его проникновения в системный кровоток.

92. ПРИЧИНЫ НЕДОСТАТОЧНОГО КОНТРОЛЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ

Аржаева Е. Г.-1, Вострикова Е.А.-2, Багрова Л.О.-1
1-Городской пульмонологический центр, 2-ГОУ ВПО Кемеровская медицинская академия Росздрава

Цель: Анализ отсутствия контроля бронхиальной астмы (БА) у больных старше 60 лет, вызывающих скорую медицинскую помощь (СМП) чаще 10 раз в год.
Материал и методы: Анкетирование пациентов, часто вызывающих СМП. Тестирование по контролю над астмой (АСТ). Результаты: Из 3775 официально зарегистрированных в г.Кемерово взрослых больных БА 57 человек обращаются на СМП чаще 10 раз в год. Средний возраст этих пациентов составил 62,7 лет, 51 человек (89,5%) оказались старше 60 лет. Состояние контроля над астмой по АСТ у всех больных оказалось менее 7 баллов (полное отсутствие). Анкетирование показало, что все больные информированы о необходимости постоянного приема ингаляционных глюкокортикостероидов (ИГКС), 7 человек (13,7%) отказываются от их использования из-за стероидофобии. Наиболее часто (51,7%) из ИГКС применяют беклометазон, 33,2% пациентов – будесонид, остальные – флютиказон (в составе серетида). Доза ИГКС во всех случаях не превышала среднесуточные. 52,1% респондентов регулярно принимают системные гормоны (10-15 мг в сутки). О необходимости приема пролонгированных бронходилататоров знают 58,8% пожилых больных БА, причем в качестве базисного препарата назначались только β2-агонисты (как в составе комбинированной терапии, так и изолировано). Из 25 человек, принимавших формотерол в суточной дозе 24 мг, 19 отказались или снизили дозировки из-за побочных эффектов (тахиаритмии, бессонница, тремор). Ни одному из опрошенных больных не был рекомендован тиотропиум в качестве постоянной бронхорасширяющей терапии. Вывод: Отсутствие контроля БА у пожилых пациентов во всех случаях обусловлено неадекватной базисной терапией: недостаточная доза ИГКС, отказ от приема пролонгированных β2-агонистов и крайне недостаточное использование ингаляционных холиноблокаторов.

93. БАЗИСНАЯ ТЕРАПИЯ БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ, ЧАСТО ВЫЗЫВАЮЩИХ СКОРУЮ ПОМОЩЬ

Вострикова Е. А.-1, Аржаева Е.Г.-2, Землянухин Э.П.-3
1-ГОУ ВПО КемГМА Росздрава, 2-Городской пульмонологический центр, Кемерово, 3-ММУ ГКССМП, Кемерово

Цель: Анализ базисной терапии у больных бронхиальной астмой (БА), вызывающих

скорую медицинскую помощь (СМП) чаще 10 раз в год. Материал и методы: База данных отдела медицинской статистики городской станции СМП. Анкетирование пациентов, часто вызывающих СМП. Результаты: Ежегодно в г.Кемерово бригаду СМП вызывают, в среднем, 4895 больных БА, что составляет 9,4 вызовов на 1000 населения. Из 3775 официально зарегистрированных взрослых больных БА (2006 г.) лишь 57 человек (1,5%) обращаются за СМП чаще 10 раз в год. Анкетирование этих пациентов показало, что в 22,8% случаев базисная противоастматическая терапия отсутствует, 43,9% больных неправильно выполняют технику ингалирования, особенно при использовании турбухалера, 24,6% больных самостоятельно снижают дозу комбинированных препаратов из-за побочных эффектов, обусловленных пролонгированными β2-агонистами (тахиаритмии, тремор). Вывод: вызов СМП больным БА – это срочное показание для активного вмешательства врача-пульмонолога для подбора и коррекции базисной противоастматической терапии и контроля техники ингалирования.

94. ПОКАЗАТЕЛИ КОНЦЕНТРАЦИИ ОКСИДА АЗОТА В КОНДЕНСАТЕ ВЫДЫХАЕМОГО ВОЗДУХА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ

Закарая М. Г., Медведева В. Н., Морозова И.М.
ИвГМА, Иваново, Россия

Цель: определить клиническое значение оксида азота в конденсате выдыхаемого воздуха (КВВ) в зависимости от степени тяжести бронхиальной астмы (БА) в период обострения заболевания.
Методы исследования: обследовано 75 больных БА, из них 28 больных - с легкой БА, 21 больной - со средней и 26 больных - с тяжелой степенью тяжести БА. Возраст больных колебался от 18 до 24 лет. Контрольную группу составили 19 здоровых лиц. Проводилось общеклиническое обследование, исследовали концентрацию оксида азота в КВВ спектрофотометрическим методом до назначения базисной терапии.
Результаты: Установлено, что при БА легкого течения преобладали нормальные значения оксида азота в КВВ (53,6%), тогда как при БА средней степени нормальные значения наблюдались в 3,7 раза реже, а при тяжелой БА – в 7,0 раза реже ($P<0,01$ и $P<0,001$ соответственно) по сравнению с контролем (5,3 ±0,9мкмоль/л).
Повышенное содержание оксида азота в КВВ было наибольшим у больных БА среднетяжелого течения (61,9%) и превышало норму (14,3%) в 4,4 раза и сниженные значения (23,8%) в 2,6 раза. Такая же закономерность имелась при БА тяжелого течения: повышенный уровень оксида азота выявлен в 65,4% случаев, что в 8,5 раза (7,7%) превышало нормальные значения и в 2,4 раза (26,9%) сниженные значения ($P<0,01$ и $P<0,05$ соответственно). Превалирующее повышение концентрации оксида азота в КВВ было при тяжелом (65,4%) и среднетяжелом течении БА (61,9%), что в 1,83 и 1,85 раза больше, чем при легком течении БА (35,7%) ($P<0,05$).
Выводы: 1. При бронхиальной астме легкого течения в период обострения БА содержание оксида азота в КВВ было в пределах нормы по сравнению с контролем в 53,6% случаев. 2. У больных со среднетяжелой и тяжелой БА содержание оксида азота в КВВ достоверно выше, чем при легком течении бронхиальной астмы.

95. РЕЗУЛЬТАТЫ БРОНХОФОНОГРАФИИ У БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ В МОЛОДОМ ВОЗРАСТЕ

Закарая М. Г.Медведева В. Н., Медведев В. Н.
ГОУ ВПО ИвГМА кафедра терапии и инструментальной диагностики

Цель: определить диагностическое значение метода бронхофонографии при бронхиальной астме (БА) в молодом возрасте в зависимости от степени тяжести в период обострения

заболевания.
Методы исследования: обследовано 57 больных БА в возрасте 24±0,3года. Выделены следующие группы: в 1-я группа 16 больных бронхиальной астмой с легким персистирующим течением, II группа - 19 больных со среднетяжелой и III группа - 22 больных с тяжелым течением заболевания. Контрольную группу составили 20 практически здоровых лиц сопоставимых по возрасту. Проводились общеклиническое обследование больных, визуальная оценка графического изображения акустической работы дыхания во всех частотных диапазонах, а также математическая компьютерная обработка оценки акустической работы дыхания (АРД).
Результаты: Анализ полученных данных показал, что на фонореспирограммах патологические акустические феномены регистрировались у всех больных независимо от степени тяжести БА, по сравнению с контролем ($P<0,05$) степень выраженности фонореспирографических изменений зависела от тяжести бронхиальной обструкции. При легком течении БА количество патологических волн в высокочастотном диапазоне было меньше, чем при среднетяжелом течении БА ($P<0,05$), а при среднетяжелом течении ниже, чем при тяжелом течении БА ($P<0,05$). Средние значения АРД независимо от степени тяжести БА достоверно отличались от контроля во всех диапазонах бронхограммы ($P<0,02$; $P<0,02$; $P<0,05$ соответственно) и нарастали с увеличением тяжести БА в диапазонах везикулярного дыхания (К1) и в высокочастотной области(К2). Выводы: 1.Количество патологических акустических феноменов преимущественно в высокочастотном диапазоне достоверно зависят от степени тяжести БА.2.Средние значения АРД отличались от контроля и увеличивались с нарастанием тяжести БА.

96. РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ФАКТОРОВ РИСКА БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ВОЕННОСЛУЖАЩИХ.

Каракина М. Л. - 1, Бельтюков Е. К. - 2.
94 Консультативно-диагностическая поликлиника Приволжско-Уральского военного округа -1, ГОУ ВПО Уральская Государственная медицинская академия - 2

Целью данного исследования явилось изучение распространенности факторов риска (ФР) бронхиальной астмы у военнослужащих.
Использовали опросник ФР, объединенный с опросником European Community Respiratory Health Survey. Взаимная сопряженность между качественными признаками определялась с помощью четырехпольных таблиц и коэффициента ассоциации Юла (Q). Анализировалась частота ФР у 508 респондентов без БА и у респондентов с установленным диагнозом БА (14 чел.). Респонденты без БА отметили следующие ФР: курение – 56,7 %, наличие животных в местах проживания – 43,7 %, проживание на первом этаже – 23,8 %, профессиональные вредности – 18,7 %, наличие родственников с БА и аллергией – 16, 2 %, аквариумные рыбки – 15,3 %, птицы – 11,5 %, пассивное курение – 10,1 %, наличие тараканов – 8 %, печное отопление – 1,9 %. В группе больных БА были определены следующие ФР: отягощенная наследственность по астме и аллергии - 62,8%, наличие животных в местах проживания – 42,9 %, пассивное курение - 35,7%, профессиональные вредности – 21,4 %, курение – 14,2 %. Проживание на первом этаже, тараканы, аквариумные рыбки встречались в одинаковом соотношении (7,1 %). Печное отопление и птицы как ФР у респондентов БА не встречались. Наблюдается сильная прямая связь между такими ФР как наличие родственников с БА, аллергией (коэффициент $Q = 0,8$), пассивным курением (коэффициент $Q = 0,7$) и БА, сильная отрицательная связь между БА и проживанием на первом этаже (коэффициент $Q = -0,6$). При этом связь таких ФР как наличие животных дома (коэффициент $Q = 0,01$), профессиональных вредностей (коэффициент $Q = 0,08$), тараканов (коэффициент $Q = 0,06$), рыбок (коэффициент $Q =$

0,4) и БА не установлена. Такой фактор как женский пол имеет сильную прямую связь с БА (коэффициент Q = 0,79).

97. АНАЛИЗ ПРЯМЫХ ЗАТРАТ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ВОЕННОСЛУЖАЩИХ ЕКАТЕРИНБУРГСКОГО ГАРНИЗОНА.

Каракина М. Л. - 1, Бельтюков Е. К.
94 Консультативно-диагностическая поликлиника Приволжско-Уральского военного округа -1, ГОУ ВПО Уральская Государственная медицинская академия - 2

Целью исследования явился анализ прямых затрат до внедрения six–part asthma management program и через год после внедрения этой программы. Были подобраны 60 больных БА, которые по полу, возрасту, степени тяжести заболевания соответствовали больным БА, выявленным при эпидемиологических исследованиях, а именно женщин было 35% (21 чел.), мужчин 65% (39 чел.), средний возраст составил 31,7 лет. Больных с легкой интермиттирующей БА было 36% (22 чел.), с легкой персистирующей БА – 43% (26 чел.), с БА средней тяжести – 21% (12 чел.). Отобранные больные наблюдались в течение одного года в период с 1998 по 2004 год в среднем 1 раз в три месяца. Для подсчета прямых затрат из амбулаторных карт больных БА выбирались результаты обследований, явки к врачу, лекарственные назначения, физиопроцедуры. Стоимость исследований, визитов к врачу и стационарного лечения была предоставлена планово – экономическим отделом. Стоимость вызовов СМП была предоставлена станцией СМП г. Екатеринбурга. Цены на лекарственные были взяты на медико–фармацевтическом сайте ФАРМ-ИНФО, а также из бухгалтерских документов. Общая стоимость прямых затрат на БА у военнослужащих до внедрения программы составила 18 080,2 USD, а через год после внедрения – 7 232,8 USD. Затраты на одного больного БА до внедрения программы составили 301,3 USD, а после внедрения 120,6 USD. При внедрении SPAMP затраты на амбулаторную лекарственную терапию увеличились почти в два раза (с 1 481,3 USD до 3 103 USD), а затраты на стационарное обследование и лечение уменьшились почти в десять раз (с 25 634 USD до 2 735,4 USD).Затраты на вызовы СМП также уменьшились почти в восемь раз (с 160,5 USD до 20,3 USD), затраты на амбулаторную помощь существенно не изменились. Сделан вывод об экономической выгоде применяемой технологии.

98. РОЛЬ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В ПОВЫШЕНИИ КОНТРОЛЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ

Землянухин Э.П.-1, Малиновский С.В.-1, Вострикова Е.А.-2, Аржаева Е.Г.-3, Курбатова Д.В.-1, Багрова Л.О.-3
1-ММУ ГКССМП, Кемерово, 2-ГОУ ВПО КемГМА Росздрава, 3-Городской пульмонологический центр, Кемерово

Цель: Анализ вызовов скорой медицинской помощи (СМП) в связи с приступом удушья в г.Кемерово за 2001-2006 г.г. Материал и методы: База данных отдела медицинской статистики городской станции СМП. За 6 лет количество вызовов сократилось с 5048 в 2001 г. до 4409 в 2006 г. Ежегодно бригаду СМП вызывают, в среднем, 4895 больных бронхиальной астмой (БА), что составляет 9,4 вызовов на 1000 населения, или 1,3 на 1000 официально зарегистрированных больных БА. Проведено анкетирование пациентов, вызывающих СМП более 10 раз в год. Результаты: Из общего количества взрослых больных БА (3775 человек в 2006 г.) лишь 57 человек (1,5%) обращаются за скорой помощью чаще 10 раз в год. Анкетирование этих пациентов выявило отсутствие или неадекватность базисной терапии в 91,2% случаев. Вывод: роль врача СМП, приехавшего на приступ удушья, должна заключаться не только в купировании приступа, но и в коррекции базисной терапии совместно с врачом поликлиники.

99. СРАВНЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ НЕБУЛИЗИРОВАННЫХ И СИСТЕМНЫХ КОРТИКОСТЕРОИДОВ У БОЛЬНЫХ С ТЯЖЕЛЫМ ОБОСТРЕНИЕМ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ

Солдатченко С.С., Донич С.Г., Игнатонис И.П., Ульченко И.Г., Мальченко А.Г.
Крымский республиканский НИИ им.И.М.Сеченова

Цель. В рандомизированном контролируемом исследовании оценить эффективность и безопасность применения небулизированного флитюкозона пропионата (ФП) и перорального преднизолона (ПП) у больных с тяжелым обострением бронхиальной астмы (ТОБА).Методы. В исследование включены 47 больных с ТОБА (FEV1 < 30 % или PEF < 60 % от индивидуального лучшего показателя или должной величины) в возрасте от 30 до 59 лет, которых рандомизировали на 2 группы. Пациентам 1-й группы (n=23) был назначен ПП 40 мг/сут, больным 2-й группы (n=24) – ФП (ФЛИКСОТИД™ НЕБУЛЫ™, 2 мг/2 мл, GlaxoSmithKline) по 1-2 мг 2 раза/сут через компрессорный ингалятор Pari Master с небулайзером LL. Методика назначения небулизированного вентолина в обеих группах была однотипной и соответствовала рекомендациям GINA-2006. Эффективность лечения оценивали в течение 7 дней, ежедневно учитывая показатели FEV1, суточные колебания PEF, интенсивность одышки по шкале Борга.Результаты: Терапия ФП и ПП привела к сходным изменениям FEV1 (прирост через 7 дней 0,71 ± 0,43 л в группе ФП и 0,68 ± 0,43 л в группе ПП) и суточных колебаний PEF (снижение через 7 дней на 9,8 ±2,1% в группе ФП и на 9,2 ±2,2 % в группе ПП). У больных, принимавших ФП, имело место более быстрое уменьшение одышки (по шкале Борга, $p < 0.05$ после 2-го дня). Существенно, что в 1-й группе достоверно чаще, чем во 2-й группе, наблюдались повышение системного АД (30,0 % и 8,7 %, $p < 0,05$) и гипергликемия (20,1 % и 4,3 %, $p < 0,05$). Выводы. Проведенное клиническое исследование показало, что у больных с ТОБА ФП, применяемый с помощью небулайзера, по сравнению с ПП, обладает большей безопасностью и не менее высокой эффективностью.

100. ОСОБЕННОСТИ ГЕНОТИПА COL1A1 У ПАЦИЕНТОВ С ПОВЫШЕНИЕМ АРТЕРИАЛЬНОЙ РИГИДНОСТИ ПРИ ОБОСТРЕНИИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ

Невзорова В.А., Бродская Т.А., Гельцер Б.И., Моткина Е.В., Кочеткова Е.А.
Владивостокский государственный медицинский университет

Цель: Исследование полиморфизма гена коллагена I типа альфа-1 (COL1A1), вовлеченного в патогенез некоторых сосудистых нарушений, у больных бронхиальной астмой (БА).
Методы: Обследовано 24 больных среднетяжелой и тяжелой БА и 15 здоровых добровольцев. Жесткость артерий исследовали методом неинвазивной артериографии (артериограф TensioClinic TL1 (TensioMed, Венгрия)) с определением скорости пульсовой волны в аорте (СПВА) и индекса аугментации (ИА). Полиморфизм Sp1 гена COL1A1 (генотипы SS, Ss, ss) определяли методом полимеразной цепной реакции.
Результаты. У больных БА в период обострения жесткость аорты была достоверно выше, чем у здоровых лиц. Наибольшее повышение артериальной ригидности наблюдалось в период обострения тяжелой БА и выражалось в увеличении СПВА до 10,5±1,3м/с и ИА до +14,4±5,8% ($p<0,001$). Частота встречаемости патологического рецессивного аллеля s у больных тяжелой БА была чаще, чем у лиц контрольной группы (67,98±4,65% и 3,31±0,43% ($p<0,001$)) в основном за счет гетерозиготного Ss генотипа - 81,95±4,71% больных тяжелой БА по сравнению с 7,92±0,62% среди здоровых ($p<0,01$). Гораздо реже у больных БА встречался гомозиготный генотип ss, ассоциирующийся с выраженными нарушениями коллагенового обмена, – в 12,37±0,43% случаев (у здоровых 0% ($p<0,01$)).

Однако никакой значимой связи между ss вариантом гена COL1A1 и маркерами артериальной ригидности у больных БА выявлено не было.
Выводы. Существенное повышение артериальной жесткости в период обострения БА увеличивает риск кардиоваскулярных осложнений у данной категории больных. Особенности полиморфизма COL1A1 гена (преобладание его гетерозиготного Ss варианта) могут быть вовлечены в патогенез ухудшения механических свойств центральных артерий у пациентов с обострением тяжелой БА.

101. УВЕЛИЧЕНИЕ АРТЕРИАЛЬНОЙ РИГИДНОСТИ ПРИ ОБОСТРЕНИИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ: ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ ВЗАИМОСВЯЗИ

Бродская Т. А-1., Гельцер Б.И-1., Невзорова В.А.-1, Моткина Е.В.-1, Лукьянов П.А.-2
Владивостокский государственный медицинский университет-1, Тихоокеанский институт биоорганической химии ДВО РАН-2

Цель: Выяснить возможные механизмы нарушения механических свойств центральных артерий в период обострения бронхиальной астмы (БА).
Методы: Обследовано 54 больных среднетяжелой и тяжелой БА в периоды обострения и ремиссии, а так же 25 добровольцев соответствующего пола и возраста методом неинвазивной артериографии (артериограф TensioClinic TL1 (TensioMed, Венгрия)). SaO2 измеряли с использованием пальцевого пульсоксиметра. Содержание стабильных метаболитов NO в плазме крови - колориметрическим методом с реактивом и ИЛ10 в плазме крови определяли методом Greiss. Уровни цитокинов ФНО сэндвич-варианта твердофазного ИФА на иммуноферментном анализаторе “Multiscan” (Финляндия) с реактивами “R&D Diagnostics Inc.” (США). Антиоксидантную (ОАА) активности в плазме крови исследовали спектрофотометрическим методом, оксидативный индекс считали как ООА/ОАА.
Результаты: Жесткость центральных артерий была повышена у пациентов с обострением БА, что выражалось в увеличении скорости пульсовой волны в аорте (СПВА) и индекса аугментации (ИА). Корреляционный анализ показал, что оба показателя (СПВА и ИА) были тесно связаны с гипоксемией ($r = -0,921$ и $r = -0,876$ ($p<0,01$)) и Цитокиновым индексом ($r=0,902$ и $r=0,868$ ($p<0,01$)). Менее тесно, но отчетливо СПВА и ИА коррелировали с уровнем NO ($r = -0,543$ и $r = -0,367$ ($p<0,01$)) и ООА/ОАА ($r=0,611$ и $r=0,459$ ($p<0,01$)).
Заключение: В соответствии с полученными результатами, гипоксемия, выраженность системного воспаления, гипонитрооксидемия и уровень оксидативного дисбаланса могут быть вовлечены в патогенез увеличения артериальной жесткости при обострении БА.

102. ТРАНЗИТОРНОЕ ПОВЫШЕНИЕ АРТЕРИАЛЬНОЙ РИГИДНОСТИ В ПЕРИОД ОБОСТРЕНИЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ

Бродская Т. А., Гельцер Б.И., Невзорова В.А.
Владивостокский государственный медицинский университет

Цель: Изучение механических свойств центральных артерий у больных бронхиальной астмой (БА).
Методы: Обследовано 54 больных среднетяжелой и тяжелой БА в периоды обострения и ремиссии, 25 здоровых добровольцев методом неинвазивной артериографии (артериограф TensioClinic TL1 (TensioMed, Венгрия)). Определяли скорость пульсовой волны в аорте (СПВА), индекс аугментации (ИА) и соотношение систолического и диастолического индексов площади коронарной перфузии (ИПС/ИПД).
Результаты: У больных БА в период обострения жесткость аорты была достоверно большей, чем у здоровых лиц, что выражалось в увеличении СПВА и ИА. При этом СПВА у больных тяжелой БА почти в 2 раза превосходила СПВА у здоровых лиц и

составила 10,5±1,3м/с (p<0,001). ИА превышал контрольный уровень в 6 раз (14,4±5,8%; p<0,001) Соотношение ИПС/ИПД было смещено в сторону ИПС, свидетельствуя об ухудшении условий коронарной перфузии. Независимо от выраженности повышения жесткости артериального русла при обострении, в период ремиссии СПВА, ИА и ИПС/ИПД существенно улучшались и приближались к контрольным величинам, указывая на транзиторный характер нарушений. ИА и ИПС/ИПД у пациентов с тяжелой БА имели более низкие значения, чем у здоровых лиц и у больных БА средней тяжести, что можно объяснить адаптаций. Ухудшение эластичности артериального русла в период обострения БА связано с выраженностью вентиляционных расстройств, длительностью и тяжестью заболевания.
Выводы: В период обострения БА наблюдается значительное повышение артериальной ригидности, что может формировать угрозу сердечно-сосудистых катастроф. Обратимость повышения артериальной ригидности свидетельствует о функциональном характере данного нарушения и отсутствии стойких структурно-анатомических изменений в стенках артерий.

103. РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ФАКТОРОВ РИСКА БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ НА СРЕДНЕМ УРАЛЕ

Бельтюков Е.К.1, Каракина М.Л.2, Петухова А.Ю.3, Наумова В.В.1
Уральская Государственная медицинская академия 1, Консультативно-диагностическая поликлиника № 94 Приволжско – Уральского Военного округа 2, Центральная городская больница № 6-3, Екатеринбург.

ЦЕЛЬ. Исследовать распространенность факторов риска (ФР) бронхиальной астмы (БА) в Свердловской области. МЕТОДЫ. Исследование проводилось в 2000, 2006 гг. На первом этапе, методом случайной выборки, опрашивали население г.Лесного, Ачитского района, г. Екатеринбурга, в том числе военнослужащих, (n=2790) с помощью комбинированного вопросника (ECRHS+ФР). На втором этапе у респондентов, ответивших положительно хотя бы на один вопрос ECRHS, верифицировался диагноз БА. На третьем этапе определялась частота ФР у выявленных больных БА и сравнивалась с частотой ФР у остальных респондентов, не имевших БА. РЕЗУЛЬТАТЫ. Значимые ФР БА у военнослужащих – отягощенная наследственность по астме, аллергии и пассивное курение. В Екатеринбурге значимые ФР - отягощенная наследственность по астме, аллергии, наличие в квартире тараканов, птиц и аквариума с рыбками, вредные факторы на производстве. В Лесном значимые ФР - отягощенная наследственность по астме, аллергии, курение, вредные факторы на производстве. >В Ачитском (сельском) районе значимые ФР - отягощенная наследственность по астме, аллергии, наличие в доме аквариума с рыбками. Частота встречаемости аллергического ринита составила 60%. ЗАКЛЮЧЕНИЕ. Значимыми ФР астмы на Среднем Урале являются аллергический ринит, отягощенная наследственность по астме и аллергии, наличие в доме птиц, тараканов, аквариума с рыбками, вредные факторы на производстве и курение.

104. РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ НА СРЕДНЕМ УРАЛЕ.

Бельтюков Е.К.1, Каракина М.Л.2, Петухова А.Ю.3, Наумова В.В.1
Уральская Государственная медицинская академия 1, Консультативно-диагностическая поликлиника № 94 Приволжско – Уральского Военного округа 2, Центральная городская больница № 6-3, Екатеринбург.

ЦЕЛЬ. Исследовать распространенность бронхиальной астмы (БА) в Свердловской области.МЕТОДЫ. Исследование проводилось в 2000, 2006 гг. Методом случайной выборки опрашивали население г. Лесного, Ачитского района, г. Екатеринбурга, в том

числе военнослужащих, (n=2790) с помощью комбинированного вопросника (ECRHS+ФР). Затем у респондентов, ответивших положительно хотя бы на один вопрос ECRHS, верифицировался диагноз БА.РЕЗУЛЬТАТЫ. Распространенность БА среди военнослужащих - 2,7% (атопическая БА легкого течения - 78,6%; сенсибилизация к бытовым - 57%, пыльцевым аллергенам – 50%). Распространенность БА в Ленинском районе г. Екатерин-бурга - 5,9% (легкое течение, атопическая БА- 70,8%). Распространенность БА в г. Лесном - 5,7% (у женщин - 7%, у мужчин - 4%; атопическая БА - 75%, легкое течение - 68%; бытовая сенсибилизация - 69%, пыльцевая и эпидермальная – 21-26%). За 5 лет распространенность БА в Лесном возросла в 1,7 раза. Распространенность БА в Ачитском (сельском) районе - 3,6% (атопическая БА - 76%, легкое течение – 55%). ЗАКЛЮЧЕНИЕ. Распространенность БА на Среднем Урале составляет от 2,7 до 5,9%, что в несколько раз превышает данные по обращаемости. Распространенность БА выше в городе, чем в сельской местности и у военнослужащих; больше у женщин, чем у мужчин (у военнослужащих – наоборот), преобладает атопическая форма астмы легкого течения, бытовая сенсибилизация. Наблюдается рост распространенности БА

105. ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛОКАЛЬНЫХ ПРОТИВОАСТМАТИЧЕСКИХ ПРОГРАММ НА СРЕДНЕМ УРАЛЕ

Бельтюков Е. К.1, Каракина М.Л.2, Петухова А.Ю.3, Наумова В.В.1
Уральская Государственная медицинская академия1, Консультативно-диагностическая поликлиника № 94 Приволжско-Уральского Военного округа2, Центральная городская больница № 6 - 3, Екатеринбург

ЦЕЛЬ. Оценить эффективность локальных противоастматических программ (ЛПП) в Свердловской области.МЕТОДЫ. В г. Лесном и г. Новоуральске в 2000-2006 гг. были внедрены ЛПП в соответствии с GINA. Фармакотерапия проводилась по ступенчатому принципу преимущественно отечественными препаратами (бенакорт, сальтос, сальгим). РЕЗУЛЬТАТЫ. В результате внедрения ЛПП в 2000-2001 гг. в Лесном число вызовов СМП (ЧВ) уменьшилось на 29% (с 12 до 8,5 на 1000 нас.), число госпитализаций (ЧГ) - на 18% (с 1,7 до 1,4 на 1000), число инвалидов (ЧИ) - на 21% (с 1,9 до 1,5 на 10000), число умерших (ЧУ) уменьшилось с 8,6 на 100000 до 0 по сравнению с периодом до внедрения ЛПП. В то же время в Новоуральске ЧВ увеличилось на 14% (с 13,6 до 15,5), ЧГ - на 10% (с 5,1 до 5,6), ЧИ - на 20% (с 1,5 до 1,8), ЧУ уменьшилось на 56% (с 7,1 до 3,1). В 2004-2005 гг. в Лесном наблюдалось дальнейшее улучшение показателей по сравнению с периодом до внедрения ЛПП: ЧВ уменьшилось на 67% (с 12 до 4), ЧГ - на 35% (с 1,7 до 1,1), ЧИ - на 21% (с 1,9 до 1,5), ЧУ - на 88%(с 8,6 до 1).В 2004-2005 гг. началось внедрение ЛПП в Новоуральске. В результате: ЧВ уменьшилось на 57% (с 13,6 до 5,8), ЧГ - на 29% (с 5,1 до 3,6), ЧИ - на 60% (с 1,5 до 0,6), ЧУ - на 65% (с 7,1 до 2,5) по сравнению с периодом до внедрения ЛПП.ЗАКЛЮЧЕНИЕ. Внедрение ЛПП дает быстрый и пролонгированный эффект в виде снижения ЧВ, ЧГ, ЧИ, ЧУ, уменьшения ущерба от БА.

106. ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ПУЛЬМИКОРТА У БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

Явгильдина А.М, Ишмухаметова А.Н.,Ильясова Л.И., Богданова О.В.
ГОУ ВПО « БАШКИРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ РОСЗДРАВА», г.УФА

Цель: Целью настоящего исследования является изучение эффективности комбинированной терапии Будесонидом (Пульмикорт) и небулированным Беродуалом купирования обострения при среднетяжелой и тяжелой бронхиальной астме.
Материал и методы исследования: Дизайн исследования – проспективное исследование

32 пациентов в возрасте 18-45 лет со среднетяжелой и тяжелой бронхиальной астмой (ОФВ1 ≤ 60-80%, суточная вариабельность ПСВ ≥ 20%, частые ночные симптомы), поступивших на стационарное лечение в связи с обострением бронхиальной астмы. По принципу случайной выборки пациенты были разделены на две группы: 1-ая группа больных получала суспензию пульмикорта в дозе 1 мг 2 раза в сутки с добавлением 2 мл (40 капель) беродуала, вторая группа- суспензию пульмикорта в дозе 2 мг 2 раза в сутки в течение 9 дней с последующим переходом на ингаляцию пульмикорта в турбухалере. Результаты лечения оценивались через ежедневное клиническое и пикфлоуметрическое мониторирование ОФВ1. Результаты:При анализе клинических симптомов выявлено достоверное уменьшение числа дневных и ночных симптомов у пациентов 1-ой и 2-ой групп на 5 день обострения бронхиальной астмы (отсутствие ночных приступов, уменьшение количества дневных). Показатели ФВД увеличились к 9 дню пребывания в стационаре, причем у пациентов 1 группы ОФВ1 увеличился по сравнению с исходным на 23% ± 4,2%, а у второй - на 7% ± 1,03% соответственно. В периоде нахождения пациентов на стационарном лечении 17± 2,4 к/дн увеличилось количество дней с ПСВ более 80% и составило 13,2 ± 2,0 и 10,4 ± 1,5 среди больных 1-ой и 2-ой групп соответственно. Заключение: Представленные данные показывают преимущества комбинированной терапии суспензии будесонида и небулированным раствором беродуала перед монотерапией суспензии будесонида в двойной дозе.

107. КЛИНИКО-ЭКОНОМИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ ПРИМЕНЕНИЯ ФИКСИРОВАННОЙ КОМБИНАЦИИ ИНГАЛЯЦИОННОГО КОРТИКОСТЕРОИДА И β2-АГОНИСТА ДЛИТЕЛЬНОГО ДЕЙСТВИЯ (БУДЕСОНИД/ФОРМОТЕРОЛ) ПРИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ

Воробьев П.А.- 1, Авксентьева М.В. - 2, Смирнова М. С. - 3
ММА им. И.М.Сеченова

Цель: клинико-экономическое исследование комбинированного ингалятора формотерол/будесонид при бронхиальной астме средней тяжести.
Материал и методы: Дизайн - открытое простое проспективное сравнительное исследование длительностью 6 месяцев. 150 амбулаторным пациентам был назначен будесонид/формотерол, 150 продолжали проводимую ранее противовоспалительную терапию (“типичная практика” ведения пациентов). Как критерии клинической эффективности использовались ”степень ограничения физической активности“, ”частота дневных симптомов“, ” частота ночных симптомов“, ”потребность в β2-агонистах короткого действия“ (степень нарушений оценивалась по 5-бальным шкалам), объем форсированного выдоха за 1-ю секунду (ОФВ1).
Результаты. При отсутствии исходных различий по всем исследуемым критериям через 6 месяцев терапии умеренные и выраженные ограничения физической активности (2-4 балла) сохранялись у меньшего числа пациентов (p = 0,000) среди получавших препарат - 9,68% против 38,57% в группе “типичной практики”. Прирост значений ОФВ1 (18.71%, медиана 20,0) достоверно (p = 0,000) превышал таковой в группе сравнения (9,09%, медиана 11,0). Соотношение “затраты/эффективность” (затраты на достижение эффекта по показателю “медиана разности значений ОФВ1”) за 6 месяцев терапии в группе будесонид / формотерол (1 742,68 руб.) было более благоприятным по сравнению с группой “типичной практики’ (2 468,86 руб.), также как по критерию «Отсутствие умеренных или тяжелых нарушений по всем использованным шкалам» (соответственно, 44 684,15 и 59 037,78 руб. на достижение эффекта).
Заключение. Применение исследуемого препарата показало в сравнении с “типичной практикой” лучшие результаты по клинико-функциональным показателям и является экономически целесообразным.

108. ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ КОМБИНИРОВАННОГО ИНГАЛЯТОРА ФЛУТИКАЗОН/САЛЬМЕТЕРОЛ В СРАВНЕНИИ С АЛЬТЕРНАТИВНЫМИ РЕЖИМАМИ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНОЙ ТЕРАПИИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ ТЯЖЕЛОГО ТЕЧЕНИЯ

Воробьев П.А., Авксентьева М.В., Смирнова М. С.
ММА им. И.М.Сеченова

Цель: оценка эффективности комбинированного ингалятора флутиказон/сальметерол в сравнении с альтернативными режимами противовоспалительной терапии (ингаляционный глюкокортикоид беклометазона дипропионат в виде монотерапии, его комбинация с пролонгированным теофиллином).
Методы исследования: Дизайн - сравнительное проспективное рандомизированное открытое исследование длительностью 25 недель.
Группу 1 составили 34 амбулаторных пациента, которым назначался беклометазона дипропионат 250 мкг по 2 ингаляции 2 раза в день,
группу 2: беклометазона дипропионат 250 мкг по 1 ингаляции 2 раза в день + пролонгированный теофиллин по 200-300 мг 2 раза в день (32 пациента),
группу 3: флутиказона пропионат / сальметерол (Серетид) 25/125 по 2 ингаляции 2 раза в день (40 пациентов).
Использованы основные (число бессимптомных дней, число дней с высокими значениями пиковой скорости выдоха, число недель успешного лечения) и вспомогательные конечные точки.
Результаты: Число бессимптомных дней при 8-м визите в 1-й и 2-й группах осталось по медиане равным 0, в 3-й группе (Серетид) стало значимо выше (14.50) по сравнению с другими режимами терапии ($p = 0,004$). Число дней с высокими значениями пиковой скорости выдоха (+10 %) также было достоверно выше в 3-й группе - медиана 3 ($p = 0,002$). Преимущества Серетида демонстрировала динамика таких показателей как выраженность дневных и ночных симптомов, потребность в сальбутамоле, среднесуточная вариабельность бронхов.
Заключеие: Сравнительный анализ альтернативных режимов противовоспалительной терапии астмы тяжелого течения по ряду клинических показателей показал лучшие результаты при применении препарата Серетид.

109. ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ (БА) У БОЛЬНЫХ С НАРУШЕНИЯМИ ТИРЕОИДНОГО СТАТУСА

Апанасевич А.В., Кириллов М.М., Шашина М.М., Кириллов С.М., Рябова А.Ю.,Пименов А. В.
Военно-медицинский институт, Саратов

Цель: изучение особенностей течения БА, отягощенной нарушениями тиреоидного статуса. Вопрос изучен недостаточно. Обследовано 100 больных БА с нарушениями тиреоидного статуса (гипер-, гипо- и эутиреоз) и 60 больных астмой без таких нарушений. Были использованы УЗИ щитовидной железы, методики исследования Т-3, Т-4, ТТГ. Сопоставление выявило особенности клинического течения отягощенной астмы, а именно: более выраженные проявления обструкции бронхов при той же степени тяжести заболевания, большая продолжительность приступного периода, более выраженная симпатикотония. Для астмы с нарушениями функции щитовидной железы более характерным оказался атопический вариант патогенеза. Все это может свидетельствовать об определенном диагностическом значении сопутствующей тиреоидной патологии при БА, о необходимости специального обследования больных астмой и о проведении, при выраженных изменениях, коррекции нарушений тиреоидного статуса.

110. ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ФУЛЛЕРЕНОВ В КАЧЕСТВЕ БРОНХОДИЛЯТАТОРОВ В ТЕРАПИИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ.

Ширинкин С. В.
ОГУЗ санаторий «Красиво», Белгородская область.

Целью исследования, с учетом увеличения за последние три десятка лет заболеваемости бронхиальной астмой (БА) из-за агрессивного влияния индустриальных и бытовых поллютантов внешней среды, является установление бронходилятирующего эффекта фуллеренов (Ф), наночастиц, обладающих противовоспалительным, мембраностабилизирующим, иммуномодулирующим и антигистаминным эффектами. Исследование выполнено на базе санатория «Красиво», Белгородской области. Под наблюдением находились 95 больных БА различной степени тяжести. Бронходилятирующий эффект водного раствора Ф. концентрацией 0,25 мг/л оценивался по приросту показателя объема форсированного выдоха за первую секунду (ОФВ1). Исследованием установлено, что в результате ингаляции 10 мл раствора Ф. через 40 минут увеличение ОФВ1 составило в среднем 18,3%. Выявленный бронходилятирующий эффект Ф. с учетом других известных их свойств, указанных выше, делает перспективным дальнейшее исследование по использованию данных наночастиц в программе терапии БА.

111. КЛИНИКО- ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ И ЦИТОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ БОЛЬНЫХ РАЗЛИЧНЫМИ КЛИНИКО-ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИМИ ВАРИАНТАМИ НЕАЛЛЕРГИЧЕСКОЙ ПОЗДНЕЙ АСТМЫ ПРИ СТАБИЛЬНОМ ТЕЧЕНИИ БОЛЕЗНИ.

Бейда Е. В.-1, Собченко С.А. -1, Кравцов В.Ю. -2
ГОУ ДПО СПб МАПО, кафедра пульмонологии, - 1, ВЦЭРМ МЧС России -2

Цель исследования: изучение особенностей воспалительного процесса в бронхах при различных формах персистирующей неаллергической поздней астмы (НПА). Обследовано 46 больных НПА (28 больных эндогенной неаллергической астмой (ЭНА), 18 - аспириновой астмой (АА)). Все пациенты находились в стабильном периоде течения астмы, получали базисную терапию, соответствующую степени тяжести. Проводилось клинико-функциональное обследование, цитологический анализ индуцированной мокроты, оценивалось содержание в индуцированной мокроте нейтрофильной эластазы (НЭ) иммуногистохимическим методом, ИЛ-8 иммуноферментным методом. Анализ клинических данных выявил, что более 60% больных в группах ЭНА и АА отмечали сохранение тех или иных симптомов нарушения дыхания, несмотря на общие признаки стабильности течения астмы, нормальные показатели вентиляционной функции и диффузионной способности легких. Для больных ЭНА более характерным был эпизодический кашель, преимущественно с выделением слизистой мокроты (f=0,64). Больные АА чаще отмечали нарушения дыхания по типу экспираторной приступообразной одышки (f=0,55). При цитологическом исследовании мокроты было выявлено более высокое 3,7 HScore) у±11,2 %), НЭ (31,3±относительное содержание нейтрофилов (62,9 7,1% нейтрофилов, р±больных ЭНА в отличие от АА (27,5<3,5HScore±0,05 и 19,5 НЭ, р<0,05), в то время как больные с АА характеризовались большей эозинофилией (10,6+1,1% против 5,2+1,3% при ЭНА, р<0,05) мокроты. Уровень ИЛ-8 превышал норму в обеих группах, но не отличался между этими формами астмы 165,1 при АА р±136,0 при ЭНА и 846,7±(762,4>0,05). Полученные нами данные выявили неоднородную морфологическую основу персистирующего воспаления в дыхательных путях при различных формах НПА, показали значимый вклад в воспаление нейтрофилов при ЭНА.

112. ОБРАЗ БОЛЬНОГО С ЧАСТЫМИ ОБОСТРЕНИЯМИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ

Ходош Э.М.
Харьковская медицинская академия последипломного образования, городская клиническая больница № 13

Существуют больные, которые, несмотря, на регулярное применение противовоспалительных препаратов, сохраняют частые обострения БА. У таких больных существует высокий риск тяжёлых осложнений, заключающийся в развитии жизнеугрожающих состояний, что увеличивает частоту и длительность нетрудоспособности и госпитализации. Мало известно о патофизиологии такого течения БА. В проведенное исследование включались некурящие больные с БА, и, которые в предшествующие два года получали регулярное базисное лечение согласно GINA. Исключались больные с сопутствующими заболеваниями, влияющими на функцию лёгких (связь с поллютантами, ИЗЛ, бронхоэктазы и др.). Также исключались больные плохо соблюдавшие рекомендации по лечению. Все пациенты вошли в исследование в период стабильного течения как min. в течение предшествующих двух месяцев и без признаков респираторной инфекции. Сравнивали больных, имевших более двух обострений БА за последний год, с больными, которые перенесли max. одно обострение. Использовали унифицированный опросник, имеющий балльную систему оценок, определяли ФВД, непереносимость НПВП, наличие хронического риносинусита, уровень сывороточного IgE и гистамина. Все полученные результаты статистически достоверны. Обе группы больных (39 с частыми обострениями и 38 без них) не имели различий по возрасту и полу. Под обострением понимали необходимость назначения или увеличения системных ГКС (СГКС), в связи с усилением симптомов БА. У больных с частыми обострениями (ЧО) оказалась более высокая средняя поддерживающая доза ИГКС (≈ 2000 против 500 мкг в сутки) и частота использования СГКС (≈ 10 к 2). У этих больных средняя продолжительность БА была значительно дольше (18 против 10), а госпитализации по поводу обострения БА чаще (69,2 против 37,2%). Группы не различались по $ОФВ_1$, но существенная разница получена по $ОФВ_1$/ФЖЕЛ (55,6 против 81,4, соответственно). Обратимость бронхиальной обструкции после применения короткодействующих β_2АГ значительно меньше у больных с ЧО, чем в группе с нечастыми обострениями (127,0 против 291,0 мл). Число эозинофилов периферической крови и общего сывороточного IgE существенно не различались по группам. Результаты исследования ещё раз подтвердили, что больные БА с ЧО имеют более тяжёлое течение заболевания и нуждаются в рационализации базисной терапии с целью оптимизации контроля над БА. Следовательно, в лечении таких больных должны максимально использоваться все возможные средства для предотвращения обострений и связанных с ними риска фатальных осложнений.

Бронхиальная астма у детей

113. ВЛИЯНИЕ НЕКОТОРЫХ СОЦИАЛЬНЫХ ФАКТОРОВ НА ДИНАМИКУ ПОСТУПЛЕНИЯ ДЕТЕЙ В СТАЦИОНАР

Кувшинова Е.Л., Смирнова Л.А.
Областной детский центр аллергологии и клинической иммунологии. Областная клиническая больница №2, г. Оренбург.

Количество детей, поступающих на лечение в стационары, не бывает одинаковым в течение года и имеет отчетливые колебания. Эти колебания требуют исследования своих закономерностей и выяснения причин их возникновения с целью минимизации отрицательного влияния на организацию работы всех служб. Количество детей зависит от суммы причин, часть из которых очевидна. Бесспорно влияние на динамику

госпитализации такого фактора как сезонность протекания заболевания. Обострения весной и осенью имеют заболевания, зависящие от цикла развития плесневых грибов, клещей дерматофагоидов, от сроков цветения трав и деревьев. Целью данной работы является выяснение динамики поступления детей в аллергологический стационар и анализ причин её колебаний. Были подсчитаны помесячно средние количества поступивших детей с аллергодерматозами и респираторными аллергозами в 2004, 2005, 2006 годах составлены и сравнены графики динамики их изменения. Выявлены отчетливые общие минимумы (сентябрь и декабрь), вызванные началом учебного года и окончанием полугодия с последующими новогодними праздниками. Максимумы (март и ноябрь) в поступлении детей на лечение и обследование связаны, скорее всего, с таким социальным фактором как школьные каникулы. Атопический дерматит имеет отчетливый минимум в динамике поступления детей в летние месяцы в связи с улучшением состояния у большинства детей с этим заболеванием . Количество детей с респираторными аллергозами более устойчиво, так как в летние месяцы поддерживается пылением растений, а в холодное время – повышением заболеваемости респираторными вирусными инфекциями. Сглаживание отмеченных колебаний в динамике госпитализации необходимо для оптимальной организации работы стационара. Чтобы уменьшить или исключить госпитализацию детей в ремиссии, особенно во время каникул, необходимо улучшать организацию амбулаторной службы аллергоцентра. Для этого нужно расширить возможности амбулаторного обследования детей, не нуждающихся в круглосуточном наблюдении, открыть пансионат для временного пребывания. Дети, находящиеся в подостройстадии заболевания, должны предварительно записываться на госпитализацию. Можно также переносить запись плановых больных на дни и месяцы с наименьшим уровнем поступления детей, либо максимально мобилизовывать и оптимизировать работу стационара в дни пиковой госпитализации. До достижения намеченных результатов можно использовать отмеченные спады в поступлении больных для проведения санитарно-профилактических мероприятий, ремонтных работ, повышения квалификации персонала, а также очередных отпусков.

114. ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ЗАФИРЛУКАСТА В ТЕРАПИИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ДЕТЕЙ

Геппе Н.А.-1, Мокина Н. А.-2, Семенова И.В.-3
Московская медицинская академия им. Сеченова-1, Самарский государственный медицинский университет-2, ГУЗ Самарский областной детский санаторий "Юность"-3

Цель: Изучение сравнительной эффективности низких доз иГКС беклометазона дипропионата (БДП) и антилейкотриенового препарата зафирлукаста (аколата) у детей с бронхиальной астмой (БА). Материал и методы: В открытом проспективном сравнительном исследовании изучена эффективность: зафирлукаста в дозе 40 мг/сут. и БДП в дозе 400 мкг/сут. у детей 12-14 лет с легкой персистирующей и среднетяжелой БА в течение 12 недель. Средний возраст в группе зафирлукаста (n=22) составил 12,23±0,86 лет, в группе БДП (n=18) 12,09±0,73 лет. Результаты: Улучшение утренней ПСВ отмечалось в обеих группах: +13,6 мл для «зафирлукаста» и +14,0 мл для БДП ($p>0,05$). Уменьшение частоты симптомов БА и применения сальбутамола «по требованию», отмечено в обеих группах ($p\geq0,01$). Соотношение пациентов «ответивших на лечение» в виде прироста утренней ПСВ ($p<0,05$) от 0 % до >20 % было одинаковым в обеих группах. Прирост утренней ПСВ от 10 до 20 % был достигнут у 11 % пациентов в группе зафирлукаста и 20 % в группе БДП. Наибольший прирост утренней ПСВ отмечался по уровню свыше 20 % и составлял 26 и 35 % в группах зафирлукаста и БДП, соответственно. Согласно проведенному по окончании исследования опросу, предпочтения пациентов, при условии предоставления выбора, были бы отданы в 70 %

случаев – пероральному приему таблеток зафирлукаста и в 28 % случаев – ингаляционному применению БДП (p<0,001); не имели предпочтений 2 % больных. Заключение: В изучаемой группе пациентов, отмечалось более значимое улучшение показателей ФВД, на фоне применении БДП, по сравнению с зафирлукастом., при паритетном уменьшении применении сальбутамола «по требованию» и снижении клинических симптомов как при применении БДП, так и зафирлукаста. В 2,6 раз чаще пациенты предпочитали зафирлукаст, по сравнению с БДП.

115. ПЕРВЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ НАБЛЮДЕНИЯ ДЕТЕЙ, РОЖДЕННЫХ МАТЕРЯМИ, БОЛЬНЫМИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

Черменский А. Г., Лаврова О.В., Вахарловская М.В., Петрова М.А., Гембицкая Т.Е., Федосеев Г.Б.
НИИ пульмонологии СПбГМУ им. акад. И.П.Павлова

Целью работы является изучение частоты и этиопатогенеза аллергических заболеваний у детей раннего возраста, рожденных матерями, больными бронхиальной астмой. Исследование 80 детей включало изучение анамнеза, физикальный осмотр, исследование генов GST M1 и T1, NOS1, IL-4 и его рецептора. В 70% проявления аллергического дерматита у детей наблюдались в течение первых лет жизни, у 36% детей отмечены повторные эпизоды бронхообструкции различной продолжительности и тяжести. Мутантные аллели генов GST M и T были обнаружен у 33% детей, в 20% были выявлены мутации гена IL-4. Только одна треть родителей выполняли данные им рекомендации по гипоаллергенной диете и быту ребенка. Значимое уменьшение тяжести и частоты обострений, вплоть до исчезновения симптомов, наблюдалось у 29% детей. Значимая корреляция (r=0,7 p<0,001) доказывает, что улучшение симптомов наблюдалось, в основном, у детей, чьи родители выполняли данные им рекомендации. Регрессионный и корреляционный анализ показал достоверную связь различной аллергической патологии у этих детей с различными генными полиморфизмами (в основном GST и IL-4).

116. АНАЛИЗ СТАТИСТИЧЕСКИХ ДАННЫХ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ АЛЛЕРГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ДЕТЕЙ РЕСПУБЛИКИ САХА (ЯКУТИЯ)

Иванова О. Н.
медицинский институт, Якутск

Аллергические заболевания в последнее десятилетие во всем мире стали важной социальной и медицинской проблемой. Организация высококвалифицированной помощи больным с аллергическими заболеваниями и проведение профилактических мероприятий невозможны без знания истинной распространенности. За последние 10 лет заболеваемость БА по Республике Саха (Якутия) РС(Я) выросла 2,5 раза . При анализе распространенности АЗ у детей в РС(Я) по данным статистики Государственного управления Якутского Медицинского Аналитического Центра выявлено, что самым распространенным заболеванием является атопический дерматит (показатели превышают российские в 2 раза), самые низкие показатели характерны для аллергического ринита, показатели по БА ниже общероссийских в 1,5 раза. За 10 лет общая заболеваемость БА у детей РС(Я) выросла в 2 раза, что требует эпидемиологического анализа с оценкой факторов риска. У подростков РС(Я) выявлено уменьшение с возрастом заболеваемости атопическим дерматитом и повышение показателей бронхиальной астмы и аллергического ринита. Заболеваемость бронхиальной астмой у подростков ниже российской в 2 раза, болезненность БА - в 1,5раза; аллергический ринит отмечен в 2 раза реже, чем в России; при этом показатели по АД превышают общероссийские в 3 раза. Возможно, данная ситуация обусловлена региональными особенностями РС (Я), условиями быта и проживания или является отражением гиподиагностики патологии,

отсутствия квалифицированной медицинской помощи в улусах РС(Я) ввиду большой протяженности территорий, дефицита врачебных кадров и медикаментов, недостаточной квалификации практических врачей. Подобное положение в Республике Саха (Якутия) требует детального анализа всех факторов, влияющих на формирование аллергических заболеваний у детей.

117. ТЕСТ ПО КОНТРОЛЮ НАД АСТМОЙ (АСТ)-САМОСТОЯТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА СВОЕГО СОСТОЯНИЯ,ПРИВЕРЖЕННОСТЬ К ЛЕЧЕНИЮ.

Биккинина Г. М.-1,Р.Х., Гатиятуллин Р.Ф.-1, Нуриахметова А.Н.-2, Файзуллина Р.Г-2,Халикова Р.Х.-2
БГМУ-1,РДКБ-2, УФА

Цель: изучение возможности использования теста(АСТ)-как самостоятельной оценки своего состояния и приверженности к лечению у больных бронхиальной астмой.
Методы: в исследование включены 46 детей, страдающим бронхиальной астмой со среднетяжелым и тяжелым течением болезни, которые поступили на стационарное лечение в аллергологическое отделение РДКБ. Из них в возрасте 6-12 лет было 18 пациентов (опрос проводился при участии родителей) и в возрасте 12- 17 лет – 28 детей. Среди детей преобладали мальчики.
Результаты: только 30% больных проводили регулярную противовоспалительную базисную терапию. У 70% отмечалась низкая приверженность к лечению, т.е. базисная терапия проводилась нерегулярно или не проводилась вовсе. У 42 детей (91,3%) за последние 4 недели не удавалось контролировать астму (менее 24 баллов), в т.ч. пациентов, получавших регулярную базисную терапию. Низкие показатели (2-3 балла) у 78% свидетельствуют о затруднении выполнения обычного объема работы в учебном заведении, дома. Все больные отмечали один или два раза в неделю затрудненное дыхание. Данные Теста по контролю над астмой напрямую коррелировались с данными пиковой скорости выдоха и объективной картиной болезни.
Выводы: Тест по контролю над астмой (АСТ) отражает объективное состояние больного, предназначен для самостоятельной оценки пациента своего состояния и способствует повышению уровня приверженности терапии, и личной ответственности родителей и детей по отношению к своему здоровью, контролю над астмой.

118. ОПРЕДЕЛЕНИЕ СВЯЗИ ПОЛИФОРМИЗМА ГЕНА АНГИОТЕНЗИН - ПРЕВРАЩАЮЩЕГО ФЕРМЕНТА (АПФ) С ТЯЖЕСТЬЮ ТЕЧЕНИЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ (БА) У ДЕТЕЙ.

Сардарян И. С., Коростовцев Д.С., Желенина Л.А., Иващенко Т.Э., Галустян А.Н.
Санкт-Петербургская государственная педиатрическая медицинская академия, Институт акушерства и гинекологии РАМН им. Д.О. Отта

АПФ (АСЕ) вовлечен в целый ряд процессов, протекающих в организме. Наличие АПФ в ткани легких было продемонстрировано в целом ряде исследований. У больных бронхиальной астмой (БА) уровень АПФ в дыхательных путях значительно ниже, чем у здоровых лиц. Показан значительный рост ангиотензина II и вазопрессина при обострении бронхиальной астмы. Глюкокортикостероиды приводят к увеличению концентрации АПФ в дыхательных путях у больных с БА. Предполагают, что появление кашля и эпизодов бронхообструкции при приеме ингибиторов АПФ (иАПФ) происходит благодаря накоплению в эпителии бронхов брадикинина. Кинины, в свою очередь, стимулируют избыточную продукцию простагландинов и тромбоксанов. Кроме того, АПФ участвует в метаболизме субстанции Р, снижая ее концентрацию. При клонировании гена показано, что уровень АПФ в сыворотке у людей, гомозиготных по D аллели, был почти в два раза выше, чем у гомозиготных по I аллели и имел среднее значение у гетерозиготных – I/D

генотип. Целью нашего исследования было определение связи полиформизма гена АПФ (ACE) с тяжестью течения БА у детей. Полиморфизм гена ACE исследовался в лаборатории пренатальной диагностики ИАГ РАМН им. Д.О.Отта. Обследовано 42 пациента с БА различной степени тяжести и 76 здоровых людей. В общей популяции аллели DD встречались в 38% случаев, ID – 51% и II – 11%. У больных с тяжелым течением БА частота встречаемости DD составила 56%, ID – 25%, II – 19%; при БА средней степени тяжести частота встречаемости DD составила 39%, ID – 57%, II – 4%, при легкой - DD 25%, ID – 75%. Таким образом, по предварительным данным выявляемость аллелей DD гена ACE более характерна для пациентов с тяжелым течения БА, что может иметь важное значение в патогенезе заболевания.

119. ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ БРОНХОФОНОГРАФИИ В ОЦЕНКЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ НЕБУЛАЙЗЕРНОЙ ТЕРАПИИ У ДЕТЕЙ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

Геппе Н.А.-1, Мокина Н.А.-2
Московская медицинская академия им. Сеченова. г. Москва-1, Самарский государственный медицинский университет, г. Самара-2

Хрипы в легких являются характерным аускультативным признаком бронхиальной астмы (БА) у детей. Однако, аускультация - весьма субъективный метод клинической оценки, а проведение спирометрии у детей до 5 лет является трудновыполнимой задачей, поэтому все более возрастает интерес к акустической оценке картины дыхания с возможностью ее объективизации. Таким методом является компьютерный анализ легочных звуков (КАЛЗ), который позволяет визуализировать, хранить и анализировать легочные звуки. Цель: оценить влияние ингаляционной бронхолитической небулайзерной терапии беродуалом на акустическую картину (паттерн) дыхания с помощью метода КАЛЗ у детей с бронхиальной астмой в возрасте до 5 лет. Методы: У 23 детей (средний возраст 4,6 лет) с диагнозом бронхиальной астмы с помощью методы КАЛЗ с применением российской программы «Паттерн»» проводилась исходная и повторная (через 15-30 мин после ингаляции беродуала через небулайзер) оценка паттерна дыхания. Результаты: КАЛЗ показал значительное визуальное улучшение акустического паттерна после ингаляции беродуала, наряду с достоверным снижением акустических осцилляций в зоне 5к Гц и выше, по сравнению с исходным уровнем: от 0,045 до 0,026 кГц. Заключение: Метод КАЛЗ с применением российской программы «Паттерн» является чувствительным методом оценки эффективности бронхолитической терапии у детей с бронхиальной астмой в возрасте до 5лет, позволяющим визуализировать, хранить и анализировать легочные звуки.

120. КАЧЕСТВО ЖИЗНИ У ДЕТЕЙ С ЛЕГКОЙ ПЕРСИСТИРУЮЩЕЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

Попова И. В., Беляков В.А., Ляпунова Е.В.
Кировская ГМА

Цель исследования: оценить качество жизни (КЖ) у детей с легкой персистирующей бронхиальной астмой (БА) на фоне комбинированной терапии.
Материалы и методы: У 46 детей от 5 до 11 лет на фоне противовоспалительной терапии недокромилом натрия проведено рандомизированное открытое сравнительное исследование эффективности сальбутамола, используемого по потребности (1 группа) и регулярного профилактического приема формотерола (2 группа) в течение 3 месяцев. Изучение КЖ у детей проводилось с использованием астма специфического опросника ChildHood Asthma Questionnaires после вводного периода и через 3 месяца после лечения. Результаты: Анкетирование детей 5-7 лет (Форма А) показало, что терапия оказывала

благоприятный эффект на КЖ. Произошло увеличение "качества повседневной жизни" с 31,4 до 32,9 балла в 1 группе и с 31,1 до 34,2 во 2 группе, этот показатель у детей 2 группы достоверно отличался от детей 1 группы. "Дистресс" уменьшился с 12,1 до 10,2 и с 12,2 до 9,3 баллов соответственно с достоверным снижением во 2 группе. При анкетировании детей 8-11 лет (Форма В) наибольшая динамика отмечалась по таким показателям, как "тяжесть астмы" и "дистресс", что свидетельствовало об уменьшении частоты симптомов астмы и положительной динамике в самочувствии ребенка. Через 3 месяца в 1 группе "тяжесть астмы" и "дистресс" уменьшились на 1,8 и 2,9, а во 2 группе на 2,4 и 1,5 баллов соответственно.
Заключение: Комбинированная терапия у детей с легкой персистирующей БА позволяет более эффективно повысить КЖ.

121. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ЗНАНИЯ УЧАСТКОВЫХ ПЕДИАТРОВ И КАЧЕСТВО ПЕРВИЧНОЙ ДИАГНОСТИКИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ В УСЛОВИЯХ ПОЛИКЛИНИКИ

Маренко Е.Ю., Мещеряков В. В., Маренко А.М.
Государственный университет, г.Сургут

Цель – установить связь между уровнем теоретических знаний участковых педиатров и качеством первичной диагностики бронхиальной астмы (БА) в условиях детской поликлиники. Материал методы исследования: тестирование 95 участковых педиатров по современным лечебно-диагностическим подходам при БА, экспертиза амбулаторных карт, ретроспективный анамнез и анкетирование родителей 92-х больных детей. Результаты: выявлен недостаточный уровень теоретических знаний по БА. Особо это касалось вопросов современных подходов к лечению БА и её диагностики в раннем возрасте. Уровень знаний зависел от срока после последней учёбы на факультете усовершенствования врачей и не зависел от стажа. Экспертиза позволила установить "срок запаздывания" диагноза в каждом конкретном случае и типичные диагностические дефекты. Установлена обратная связь между уровнем знаний и сроком «запаздывания» диагноза. Поздняя диагностика БА сопровождалась утяжелением заболевания (клинически и по данным спирографии) и расширением спектра сенсибилизации. До официальной постановки диагноза при уже установленной экспертизой БА большинство детей наблюдались с различными формами бронхита и получали повторные курсы антибактериальной терапии и фитотерапии, фактически - при обострении БА. Среди известных предикторов дебюта БА установлены наиболее информативные, простые и доступные для первичного звена здравоохранения. Заключение: установленная закономерность (недостаточный уровень знаний - поздняя первичная диагностика БА - утяжеление заболевания) диктует необходимость совершенствования теоретической подготовки участковых педиатров по вопросам БА. Внедрение ранних предикторов БА позволяет педиатрам выделить группу риска для дальнейшего обследования у пульмонолога и аллерголога с целью уточнения диагноза.

122. КЛИНИКО-ИММУНОЛОГИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПАРЕНТЕРАЛЬНОГО И НЕИНВАЗИВНЫХ МЕТОДОВ АЛЛЕРГЕНСПЕЦИФИЧЕСКОЙ ИММУНОТЕРАПИИ ПРИ АТОПИЧЕСКОЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

Балаболкин И.И., Рылеева И.В., Седова М.С., Сенцова Т.Б.
Научный Центр Здоровья Детей РАМН, Москва

Цель работы: изучить эффективность парентеральной и неинвазивных методов аллергенспецифической иммунотерапии (АСИТ)
Объем и методы исследований. АСИТ проводили 180 детям в возрасте 3-16 лет. Лечение

проводилось по ускоренной схеме аллергенами Dermatophagoides pteronissinus, домашней пыли, эпидермальными и пыльцевыми аллергенами. Способы введения аллергенов: парентеральный, сублингвальный, эндоназальный. Исследовалось влияние АСИТ на содержание в сыворотке крови общего IgG, IL-2R, IL-4, IL-5, IL-8, TNFα, IL-10, IFN-γ, определяемых с помощью ИФА.
Результат исследований. АСИТ, проводимая парентеральным способом, в виде повторных курсов у детей с атопической бронхиальной астмой, оказалась эффективна в 86%, сублингвальная АСИТ – в 82%, интраназальная, - в 79%. После проведения повторных курсов АСИТ отмечалось повышение в сыворотке крови IL-2R, IL-10, IFN-γ, снижение содержания , IL-4, IL-5, IL-8, TNFα, отмечено повышение активности апоптоза лимфоцитов и эозинофилов. Проведение АСИТ способствовало уменьшению проявлений круглогодичного аллергического ринита.
При проведении парентеральной иммунотерапии системные побочные реакции были отмечены у трех больных (2,8%) в виде крапивницы, приступов удушья, гиперэргической местной реакции. В ходе проведения иммунотерапии сублингвальным и интраназальным способом системных реакций не наблюдалось. У 16,7% детей получавших сублингвальную АСИТ, и у 28,9% больных при проведении интраназальной АСИТ, отмечались местные реакции в виде зуда слизистой губ и щек.
Заключение. Парентеральный и неинвазивные методы АСИТ являются эффективными методами лечения атопической бронхиальной астмы у детей и подростков.

123. ЭФФЕКТИВНОСТЬ РАЗЛИЧНЫХ РЕЖИМОВ ПОДДЕРЖИВАЮЩЕЙ ТЕРАПИИ ДЕТЕЙ С НЕТЯЖЕЛОЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

Попова И. В., Беляков В.А.
Кировская ГМА

Цель исследования: сравнить эффективность перехода на флютиказон пропионат и недокромил натрия у детей с нетяжелой бронхиальной астмой (БА), которые получали флютиказон пропионат (ФП) и достигли критериев контролируемого течения заболевания.
Методы исследования и дизайн: Под наблюдением находилось 78 детей в возрасте от 7 до 12 лет с нетяжелой БА. Все пациенты до исследования получали ФП в низких дозах и достигли критериев контролируемой астмы согласно критериям GINA. Вводный период составлял 2 месяца, в течение которого все пациенты получали ФП в дозе 125 мкг 2 раза в сутки. Рандомизация осуществлялась на 2 группы: 1 получала недокромил натрия, вторая- ФП в дозе 50мкг 2 раза в сутки. Всем детям на 0 визите проводилась спирография и оценивалось качество жизни. В дальнейшем визиты осуществлялись 1 раз в месяц. Анализировались динамика симптомов, показатели пикфлоуметрии, спирографии. Из исследования исключались дети при наличии тяжелых обострений и при отсутствии контроля в течение 2 последовательных месяцев наблюдения.
Результаты. Установлено, что у детей 1 группы в 35% случаев отмечалась потеря контроля над симптомами БА, а у детей второй группы - в 13% случаев. Обострения БА чаще встречались в первой группе 16% против 5% во второй. Кроме того, в группе детей, перешедших на недокромил натрия, достоверно увеличилась потребность в короткодействующих агонистах.
Таким образом, у детей с нетяжелой БА, достигших контролируемого течения заболевания, переход на недокромил натрия приводит к снижению эффективности поддерживающей терапии по сравнению с применением ФП.

124. КЛИНИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ПОКАЗАТЕЛЕЙ БОДИПЛЕТИЗМОГРАФИИ ПРИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ У ДЕТЕЙ

Олехнович В.М., Адушкина А.Б., Тепляков А.А., Дрозд В.Э.

Сургутский Государственный Университет

Цель работы- исследовать клиническое значение показателей бодиплетизмографии при бронхиальной астме (БА) у детей.
Обследовано 72 ребенка в возрасте от 7 до 18 лет, средний возраст 11,7 ± 3,9 лет. Легкая БА диагностирована у 41 ребенка (56,7%), средней степени тяжести–у 31 (43,3%). 59% детей имели стаж заболевания больше 5 лет.
Функциональное исследование органов дыхания включало проведение спирометрии и общей бодиплетизмографии (БПГ) и проводилось на плетизмографе «Masterlab pro» фирмы «Erich Jaeger»(Германия).
У 41% больных даже в период ремиссии, при отсутствии клинических симптомов бронхоспазма, исследование ФВД выявило функциональные признаки нарушения бронхиальной проходимости, выражающиеся в уменьшении скоростей потока форсированного выдоха во второй половине кривой поток-объем: МОС50, МОС75. По данным БПГ в периоде обострения у всех больных отмечалось значительное увеличение бронхиального сопротивления (БС), ООЛ,ОЕЛ и ВГО. В период ремиссии (в течение 2-х месяцев после обострения) отмечалось снижение показателей, при этом только у 38% больных показатели нормализовались, а у большинства больных значения БС, ООЛ, ОЕЛ и ВГО оставались достаточно высокими.
При сравнительном анализе показателей БПГ в периоде обострения отмечен достоверно более высокий ВГО у пациентов со среднетяжелой БА ($p<0,05$), в то время как в периоде ремиссии до начала проведения базисной терапии у пациентов со среднетяжелой БА выявлено достоверное увеличение ($p<0,001$) относительного остаточного объема (ООЛ%ОЕЛ), при отсутствии различий других показателей. Курс базисной терапии фликсотидом у больных среднетяжелой БА выявил достоверное снижение показателей БС, ООЛ, ОЕЛ, ВГО ($p<0,001$ для всех показателей) по сравнению с группой детей не получавших базисной терапии.

125. СОСТЯНИЕ СИСТЕМЫ ПЕРЕКИСНОГО ОКИСЛЕНИЯ ЛИПИДОВ – АНТИОКСИДАНТЫ, КАК ПОКАЗАТЕЛЬ АКТИВНОСТИ ВОСПАЛЕНИЯ У ДЕТЕЙ С БРОНХОЛЕГОЧНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ С БРОНХООБСТРУКТИВНЫМ СИНДРОМОМ

Тепляков А.А., Адушкина А.Б., Дрозд В.Э., Олехнович В.М.
Сургутский Государственный Университет

Цель работы – исследовать возможность использования показателей ПОЛ-АОА в оценке активности воспаления в бронхиальной ткани и контроля за эффективностью противовоспалительной терапии у детей с заболеваниями легких с бронхообструктивным синдромом.
Обследованы больные с бронхиальной астмой (24 ребенка) и дети с повторным обструктивным бронхитом (29 детей) в возрасте от 2 до 14 лет.
Исследовали функциональную активность антиоксидантных систем (супероксиддисмутаза, общая антиокислительная активность плазмы крови), а также состояние перекисного окисления липидов в мембранах эритроцитов, которые отражают мембраностабилизирующие процессы (диеновые коньюгаты, малоновый диальдегид эритроцитов, шиффоновые основания).
Сравнительные исследования мембранодестабилизирующих процессов у детей, больных бронхиальной астмой и повторным обструктивным бронхитом, показывают патогенетическую общность этих заболеваний, так как различия между ними по клиническим проявлениям и параметрам, отражающим метаболическую нестабильность клеточных мембран, носят только количественный характер. Более значительная выраженность мембранодестабилизирующих процессов в периоде обострения

бронхиальной астмы обусловлена большим объемом патофизиологических сдвигов при этом заболевании. К периоду ремиссии эти различия практически сглаживаются, в то же время выявленная нами нормализация отдельных показателей у больных бронхитом, по-видимому, является отражением более благоприятных исходов при данной форме заболеваний органов дыхания. Следовательно, показатели активности переокисления липидов и антиоксидантной системы защиты, эндогенных фосфолипаз и лизосомальных ферментов могут быть использованы в качестве клинических критериев активности воспаления бронхиальной ткани

126. ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ В УСЛОВИЯХ ГОРОДСКОГО ДЕТСКОГО АЛЛЕРГОЦЕНТРА

Клыкова Т. В. (1), Дружинина Н.Г. (2), Кузьменкова Н.В. (2), Матыгулина Н.Р. (2), Терещенко Ф.М. (1)
Кафедра аллергологии и иммунологии ГОУ ДПО "Казанская государственная медицинская академия" МЗт и СР РФ, МУЗ "Детская городская клиническая больница № 7", Казань

Цель работы - оценить эффективность лечения детей с бронхиальной астмой (БА), состоящих на диспансерном учете в городском детском аллергоцентре г. Казани в течение 1-10 лет.
Под наблюдением находилось 465 детей с АБА в возрасте от 1 до 17 лет (1-3 года 13, 4-6 лет–52, 7-11 лет–186, 12-14 лет–131, старше 15 лет–83). Мальчиков было 316, девочек 149. У большинства больных (391) диагностировано легкое течение заболевания (интермиттирующее у 256, персистирующее у 135), у 59 – средне-тяжелое и у 15-тяжелое. На основании данных аллергологического обследования выявлено преобладание бытовой (у 83,11%) этиологии БА, у большинства (61,36%) в сочетании с другими (пищевыми, эпидермальными, пыльцевыми) аллергенами. У 53,31% наблюдалось сочетание БА с другими аллергическими заболеваниями – атопическим дерматитом (у 193), крапивницей (у 11), аллергическим ринитом (у 43). Всем больным с персистирующим течение БА назначалось базисная противовоспалительная терапия ступенчато в зависимости от степени тяжести: при легкой персистирующей БА – кромоны или низкие дозы ИГКС, при средне-тяжелой – ИГКС, в части случаев в сочетании с ДДБА, при тяжелой – во всех случаях назначались комбинированные препараты (флютиказона пропионат+сальметерол или будесонид+формотерол). Кроме того часть детей (164) с легким и средне-тяжелым течением БА получали АСИТ бытовыми и/или пыльцевыми аллергенами подкожным или сублингвальным методами.
При анализе полученных результатов установлена высокая эффективность лечения: отличный и хороший эффект достигнут у 44,09% и 36,34% больных соответственно, преимущественно с легким и средне-тяжелым течением заболевания, из них у части больных (15,41%) отмечалась клиническая ремиссия БА в течение 1-2 лет. При тяжелом течении во всех случаях достигнута стабилизация состояния.

127. РЕСПИРАТОРНАЯ ХЛАМИДИЙНАЯ ИНФЕКЦИЯ ПРИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ У ДЕТЕЙ

Спичак Т. В., Катосова Л.К., Бобылев В.А.
ГУ Научный центр здоровья детей, Москва

Данные о роли респираторных хламидиозов у больных бронхиальной астмой (БА) противоречивы. Цель исследования - определить частоту респираторного хламидиоза и его влияние на особенности БА у детей. Обследовано 54 больных 4-16 лет с БА (15 – с легким, 19 - со средне тяжелым и 20 – с тяжелым течением болезни). Группы сравнения: 66 детей - с хроническим (ХБ), 44 – с рецидивирующим бронхитом (РБ) и 35 детей без

респираторной патологии. Определяли уровни АТ к Chlamydophila pneumoniae (C.pn.) в сыворотке крови (метод иммунофлуоресценции, тест-системы Sero FIA). Диагностические титры АТ к C.pn. имели 25,9% больных БА, а при бронхитах и у детей без респираторной патологии: 35,4% и 31,4%, соответственно. Частота первичного инфицирования C. pn. при БА, ХБ, РБ и у условно здоровых составила 6,1%; 2,8%, 5,3% и 0%, соответственно. Частота обнаружения диагностического титра IgG АТ у детей с БА (22,2%) достоверно отличалась от таковой лишь при ХБ (40,9%). Сочетание АТ классов IgG и IgA при БА встречалось вдвое реже (12,5%), чем при бронхитах, но в 4 раза чаще, чем у детей без респираторной патологии (2,9%). Установлена тенденция к увеличению числа больных с АТ к C.pn. по мере утяжеления БА (21,4%, 35,7% и 42,9%, соответственно). Однако обнаружение АТ к C.pn. лишь у 28,6% больных совпадало с обострением БА, а у больных без АТ к C.pn. обострения диагностированы в 35% случаев. Таким образом, респираторный хламидиоз при БА встречается реже, чем при бронхитах, однако при тяжелом течении БА его частота удваивается и приближается к таковой при ХБ. Развитие обострения БА не зависит от инфицирования хламидийной инфекцией.

128. ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ К ВКЛЮЧЕНИЮ СУРФАКТАНТСТАБИЛИЗИРУЮЩИХ ПРЕПАРАТОВ В КОМПЛЕКСНУЮ ТЕРАПИЮ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ДЕТЕЙ

Ларюшкина Р. М., Рывкин А.И., Ассан Вадаккаил, Глазова Т.Г., Побединская Н.С., Решетова Т.Г., Бибик Ю.В., Кечина Е.А.
ГОУ ВПО ИвГМА Росздрава, Иваново

Цель: изучение терапевтической эффективности лазолвана у детей с атопической бронхиальной астмой (АБА) в различные периоды заболевания.
Методы: наблюдали 30 детей с АБА в различные периоды заболевания. Респираторная и метаболическая активность лёгких оценивалась по параметрам функции внешнего дыхания (ФВД), пикфлоуметрии, объёму влаговыделения и мукоцилиарному клиренсу. Состояние сурфактантной системы легких определялось по данным поверхностно-активных фосфолипидов (ПАФЛ) конденсата выдыхаемого воздуха и сыворотки крови. Лазолван (фирмы Берингер Ингельхайм) назначался внутрь из расчета 1,5 мг/кг в сутки за 3 приема в течение 2 недель в комплексе с базисной терапией.
Результаты: доказана зависимость фракционного состава ПАФЛ сыворотки и КВВ от тяжести и периода заболевания. В периоде обострения отмечено выраженное снижение уровня поверхностно-активного фосфатидилхолина (ПАФХ) и увеличение концентрации сфингомиелина и фосфатидилэтаноламина. В клиническую ремиссию была обратная направленность изменений состава ПАФЛ, хотя полного структурного восстановления альвеолярной выстилки лёгких не происходило. Наиболее глубокие изменения фосфолипидного спектра выявлены при тяжелом варианте заболевания. Проведенные исследования обосновывают необходимость включения в комплексную терапию БА сурфактантстабилизирующих препаратов. При подключении в комплексную терапию лазолвана клиническое улучшение у детей наступало раньше на 5-7 дней, параметры ФВД, фосфолипидов, мукоцилиарного транспорта приближались к нормальным значениям в периоде полной клинической ремиссии. Заключение: использование лазолвана в комплексе реабилитации АБА обеспечивает не только отчетливое сурфактантпротективное действие, но и способствует более ранней и стойкой клинической ремиссии.

129. ВЛИЯНИЕ БАРОТЕРАПИИ НА ДИНАМИКУ ИЛ-4 У МАЛЬЧИКОВ 12-15 ЛЕТ, СТРАДАЮЩИХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

Дмитриева Т.В., Воляник М.Н., Воляник О.В., Алеманова Г.Д.
Областной детский центр аллергологии и клинической иммунологии, Оренбург

Цель: Целью настоящего исследования стало изучение уровня интерлейкина-4 у мальчиков 12-15 лет, страдающих бронхиальной астмой.
Методы исследования: Проведено клинико-лабораторное обследование 26 мальчиков, страдающих бронхиальной астмой. Курс адаптации к периодической гипобарической гипоксической стимуляции проводился в условиях многоместной медицинской барокамеры «Урал-1» и составил 24 сеанса. Всем детям до начала лечения и после баротерапии определяли уровень ИЛ-4 в сыворотке крови методом ИФА с использованием стандартных наборов.
Результаты: В результате проведенного исследования установлено достоверное ($p<0,05$) снижение уровня ИЛ-4 в сыворотке крови в сопоставлении с данными до гипобаротерапии.
Заключение: Снижение уровня ИЛ-4 у детей, страдающих бронхиальной астмой, может косвенно свидетельствовать об увеличении функциональной активности Th-I, приводящем к уменьшению образования Ig-E. Подобные изменения отражают благоприятное течение аллергического воспаления и приводят к улучшению клинической симптоматики у пациентов, а также свидетельствуют о иммуномоделирующем влиянии гипобаротерапии.

130. ДИАГНОСТИКА БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ЛИЦ ПРИЗЫВНОГО ВОЗРАСТА: ИНФОРМАЦИОННАЯ ЗНАЧИМОСТЬ ТЕСТОВ, НАПРАВЛЕННЫХ НА ВЕРИФИКАЦИЮ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Лунцов А. В., Скороходкина О.В.
Республиканская клиническая больница МЗ РТ

Цель: оценка информационной значимости тестов, направленных на верификацию заболевания, при диагностике бронхиальной астмы (БА) у лиц призывного возраста.
Методы: обследован 361 юноша в возрасте от 15 до 18 лет, направленный военкоматами с целью уточнения диагноза БА. Амбулаторные исследования включали анализ данных анамнеза, проведение лабораторных тестов, инструментальных методов, в том числе исследования функции внешнего дыхания (ФВД), теста с бронхолитиком, а также аллергологического обследования. При невозможности установления диагноза по результатам исследований, проведенных амбулаторно, обследование продолжалось в стационаре, где выполнялись ингаляционные провокационные пробы с аллергенами (ИПП), тест с физической нагрузкой (ФН) или ингаляционные пробы с фармакологическими агентами.
Результаты: проведенное обследование позволило верифицировать диагноз БА у 344 пациентов (95,3%). У половины больных (50,9%) были зафиксированы эпизоды бронхиальной обструкции, в том числе по результатам наблюдения в условиях стационара, которые сопровождались характерными изменениями ФВД, обратимыми в тесте с бронхолитиком. Положительные результаты ИПП, проведенные у пациентов с нормальными показателями ФВД и наличием атопии, были значимыми при верификации БА в 27,9% случаев. При отрицательных результатах аллергологического обследования наиболее информативным был тест с ФН, который позволил диагностировать БА у 13,1% больных, у 8,1% пациентов диагноз БА был подтвержден по результатам ингаляционных тестов с фармакологическими агентами.
Заключение: таким образом, тесты, направленные на верификацию БА, имеют различную информационную значимость. Целесообразно выделение групп пациентов с учетом диагностического значения данных исследований в различных клинических ситуациях.

131.ПРОЕКТ GINA В КЫРГЫЗСТАНЕ

Сулайманов Ш. А., Бримкулов Н.Н., Сагынбаева Г.А., Муратова Ж.К.

Медицинский институт Ошского гос.университета, Кыргызстан

В настоящее время организация медицинской помощи больным бронхиальной астмой практически невозможна без учета и региональной адаптации материалов Глобальной стратегии по астме - GINA (2006), рекомендованных ВОЗ, в которых обобщены последние научные достижения в изучении особенностей течения болезни и определены практические пути ее диагностики и лечения. В этом документе отражены принципы диагностики и терапии бронхиальной астмы. Аналогичные подходы сформулированы и в различных Национальных программах по бронхиальной астме.
В Кыргызской республике разработаны лечебно-диагностические, в том числе обучающие программы с учетом климато-географических и этнических особенностей населения (включая подготовку материалов на государственном языке). Итоги многолетних (1991-2006 гг.) многоцентровых научных исследований и наблюдений за детьми, больными бронхиальной астмой, в возрасте от 1 года до 14 лет, в аллергологическом кабинете, астма – школе консультативной поликлиники, отделении аллергологии и клинической иммунологии Кыргызского НИИ акушерства и педиатрии, а также в Жалалабатской областной объединенной больнице и отделении аллергологии Ошской межобластной детской клинической больницы, в рамках предложенных принципов проекта GINA показали свою клинико-функциональную, экономическую эффективность. Всестороннему клинико-лабораторному обследованию, в разные годы, подвергались более 1000 детей, больных бронхиальной астмой. Кроме того, по специально разработанной программе обучено более 3000 детей с респираторной аллергией и их родители.
Таким образом, применение современных подходов в диагностике и терапии бронхиальной астмы позволяют разработать лечебные и реабилитационные методы, действительно повышающие качество жизни больных бронхиальной астмой детей.

132. ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ И ГЕМОДИНАМИКА ПЕЧЕНИ ПРИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ У ДЕТЕЙ

Побединская Н. С., Филина И.В., Рывкин А.И., Соколова Т.Б.
ГОУ ВПО ИвГМА Росздрава, Иваново

У 65 детей 8-13 лет с бронхиальной астмой (БА) изучено состояние печеночного кровотока методом реогепатографии, активности аминотрансфераз печени. Полученные результаты сопоставлены с изменениями респираторной функции (ФВД) и концентрацией NO в конденсате выдыхаемого воздуха. В периоде обострения на фоне сниженной скорости кровотока в печеночных артериях (VmaxБА=0,5±0,03 Ом/с; VmaxК=1,8±0,05 Ом/с) регистрировалось повышение тонуса пре- и посткапилляров, о чем свидетельствовало повышение дикротического и диастолического индексов, по сравнению с контролем (ДИКБА=76,1±0,3 у.е., ДИКК=55,0±0,4 у.е., ДИАБА=73,6±5,2 у.е., ДИАК=61,0±2,0 у.е.). Наиболее выраженная артериоло-венулярная дистония на фоне измененного тонуса пре- и посткапилляров имела место при тяжелой БА. В ремиссию у детей с легкой и среднетяжелой БА гемодинамика печени восстанавливалась. У больных с тяжелой БА сохранялось повышение тонуса печеночных артерий, способствующее уменьшению времени венозного оттока (Ткат_QxБА=0,4±0,01 с; Ткат_QxК=0,55±0,03 с). Активность аминотрансфераз печени не превышала контрольных значений.

133. ЦИРКАДИАННЫЕ РИТМЫ ЭНДОТОКСЕМИИ У ДЕТЕЙ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

Побединская Н. С., Филина И.В., Рывкин А.И., Соколова Т.Б., Ларюшкина Р.М., Чащина Н.Н.
ГОУ ВПО ИвГМА Росздрава, Иваново

Цель и методы: оценить суточный ритм эндотоксемии по уровню среднемолекулярных олигопептидов (СМП) в моче у больных бронхиальной астмой (БА), его сопряженность с активностью воспалительного процесса (по данным концентрации NO в крови и КВВ) и нарушением функции внешнего дыхания (ФВД).
Результаты: Циркадианный ритм СМП зависит от тяжести БА. При легком персистирующем течении БА в периоде обострения максимальный уровень СМП регистрировался в 12 (2,81) и 6 час (3,33). При среднетяжелой БА - в 11 (3,76) и 3 часа утра (4,06). У больных с тяжелой астмой - в 13 (3,32) и с 1 до 6 час (5,42). В периоде ремиссии у всех детей независимо от степени тяжести заболевания содержание СМП в дневные часы достоверно не отличалось от периода обострения. В то же время, в ранние утренние часы уровень СМП снижался (легкая астма - 1,54; среднетяжелая - 3,64; тяжелая - 2,43). Изменения уровня эндотоксемии были сопряжены с активностью воспалительного процесса и нарушениями ФВД.
Заключение: Отмеченные сдвиги в определенной мере свидетельствуют о связи ночных приступов с уровнем эндотоксемии.

134. КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БРОНХООБСТРУКТИВНОГО СИНДРОМА У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА, СФОРМИРОВАВШИХ В ПОСЛЕДУЮЩЕМ БРОНХИАЛЬНУЮ АСТМУ

Кузнецова О. В., Рывкин А.И., Побединская Н.С., Лебедев А.Б., Краснова О.Е., Филина И.В.
ГОУ ВПО ИвГМА Росздрава, Иваново

Маркеры предикторов развития и прогрессирования астмы многочисленны, мало систематизированы, в основном касаются аллергической предрасположенности и изменений в антенатальном периоде. Нами проспективно в течении 10 лет наблюдались 33 ребенка, перенесших в раннем возрасте (до 3-х лет) бронхообструктивный синдром (БОС). Все дети были разделены на 2 группы: 1 группу составили дети с повторными эпизодами БОС, 2 группу – перенесшие единичный эпизод бронхообструкции (группа сравнения). У 81,25% (13 детей) 1 группы сформировалась бронхиальная астма (БА). В группе сравнения БА не была диагностирована. Среди особенностей БОС детей 1 группы, обратили на себя внимание: выраженность обструкции II-III ст. у 37,5% (в группе сравнения у 23,5%), более раннее появление одышки на 2,3±0,23 день заболевания (в группе сравнения на 3,5±0,51день), продолжительность БОС у детей с БА была в пределах 4,72±0,85 дней, длительность сухого кашля 4,5±0,6 дней (в группе сравнения 3,71±0,35 и 3,5±0,25 соответственно). Таким образом, формированию БА у детей, перенесших в раннем возрасте повторные эпизоды БОС, способствуют особенности клинической картины заболевания.

135. ФАКТОРЫ РИСКА ФОРМИРОВАНИЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ДЕТЕЙ, ПЕРЕНЕСШИХ В РАННЕМ ВОЗРАСТЕ БРОНХИАЛЬНУЮ ОБСТРУКЦИЮ

Кузнецова О. В., Рывкин А.И., Побединская Н.С., Лебедев А.Б., Краснова О.Е., Филина И.В.
ГОУ ВПО ИвГМА Росздрава

Проведено проспективное наблюдение в течение 10 лет 33 детей, перенесших в раннем возрасте бронхообструктивный синдром (БОС). У 13 детей (40%) сформировалась бронхиальная астма (БА). У 4-х - БА сформировалась в течении 1-2 лет, из них у 3 (75%) отмечалось тяжелое течение; у 5 – манифестация наступила через 3-4 года, свыше 5 лет – у 4 детей. У всех детей, имеющих БА – это был повторный эпизод бронхообструкции. При анализе данных биологического, аллергологического, генеалогического анамнезов было

выявлено, что формированию БА у детей, перенесших в раннем возрасте обструктивный бронхит способствуют различные эндо- и экзогенные факторы, наиболее значимыми из которых являются неблагоприятное течение интранатального периода, ранний перевод на искусственное вскармливание, осложненный генеалогический, аллергологический анамнезы, повторяемость эпизодов бронхиальной обструкции, пол ребенка, степень тяжести перенесенного БОС, более раннее появление одышки на фоне ОРВИ. Выделение наиболее прогностически значимых факторов риска прогнозирования формирования БА у детей позволит повысить эффективность профилактических мероприятий данного заболевания.

136. ПОКАЗАТЕЛИ ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ СИСТЕМЫ ПРИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ У ДЕТЕЙ

Глазова Т. Г., Ларюшкина Р.М., Рывкин А.И., Бибик Ю.В., Линькова Ю.А., Кечина Е.А., Смирнова Л.В.
ГОУ ВПО ИвГМА Росздрава, Иваново

Цель: Выявить изменения показателей эндотелиальной системы и установить их взаимосвязь. У 35 детей с БА и у 15 здоровых исследованы эндотелин-1, уровень нитрит-ионов (реактивом Griess), десквамированные эндотелиоциты (Hladover (1978)), микрогемоциркуляция с использованием параметров лазерного анализатора капиллярного кровотока («ЛАКК-01»).
Результаты: В острую фазу БА выявлено достоверное повышение содержания циркулирующих эндотелиальных (ЦЭ) клеток (21,0 эндотелина-1 (1,3±0,02 фм.) и нитрит-ионов (0,081±0,003 ммоль/л) в плазме крови в сравнении с контролем (0,3±0,02 фм, 0,021±0,004 ммоль/л - соответственно). Зарегистрировано также достоверное снижение амплитуды в диапазоне сверхнизких частот (Aα – 0,7 ПЕ, контроль – 1,57 ПЕ), отражающее ритмическую активность эндотелия, снижение на 40% собственной миогенной активности вазомоторов (ALF/m) и возрастание на 25% уровня нейрогенного компонента в регуляции микрососудов, определяющего состояние сосудистого тонуса артериол (α/ALF). В период клинической ремиссии происходило некоторое выравнивание показателей эндотелиальной системы, однако они не достигли уровня контроля. Выявлено тесное сопряжение параметров эндотелиальной дисфункции с уровнем оксида азота и параметрами, отражающими респираторную активность лёгких, что свидетельствует, по всей видимости, о патогенетической значимости эндотелиальной дисфункции в генезе персистирующего течения БА у детей.
Заключение: Полученные данные свидетельствуют о необходимости разработки патогенетически направленной терапевтической коррекции.

137. КЛЕТОЧНЫЙ ТРОМБОЦИТАРНЫЙ ПОТЕНЦИАЛ В ПЕРСИСТЕНЦИИ ХРОНИЧЕСКОГО АЛЛЕРГИЧЕСКОГО ВОСПАЛЕНИЯ ПРИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ У ДЕТЕЙ

Глазова Т. Г., Ларюшкина Р.М., Рывкин А.И., Линькова Ю.А., Бибик Ю.А., Кечина Е.А., Соколова Т.Б., Пахрова О.А.
ГОУ ВПО ИвГМА Росздрава, Иваново

Цель: Установить особенности изменений морфо-функциональных свойств тромбоцитов у детей с бронхиальной астмой (БА) с тем, чтобы обосновать их значимость в механизмах хронического аллергического воспаления и построении комплекса корригирующих мероприятий.
Методы: Обследовано 125 детей, больных БА. Изучены морфометрические (средний объем, тромбокрит, тромбоцитометрическая кривая) и функциональные (адгезивно-агрегационная активность, концентрация серотонина, катехоламинов,

малонилдиальдегида [МДА], нитрат-ионов) характеристики тромбоцитов.
Результаты: В периоде обострения БА отмечена активация тромбоцитарных клеток (увеличение среднего объема - 8,32±0,3 фл, коэффициента вариации тромбоцитарной кривой 0,22±0,04%, уменьшение тромбокрита 15,79±0,03%), а также увеличение скорости агрегации - 3,57±0,2 сек., возрастание в тромбоцитах уровня малонового диальдегида – 2,67±0,04 нмоль/мл, нитрат-ионов - 1,19±0,05 ммоль/л, серотонина - 3,2±0,06 у.е. и катехоламинов - 2,7±0,05 у.е в сравнении с контролем (6,3±0,04 сек., 1,59±0,03 нмоль/мл, 0,3±0,2 ммоль/л, 1,0±0,04 у.е. и 1,27±0,04 у.е. - соответственно). В периоде клинической ремиссии отклонения функциональной активности кровяных пластинок сохранялись, но степень их выраженности была меньшей. Выявленные отклонения свойств тромбоцитов коррелировали с маркёром активности аллергического воспаления (нитрит-ионом в КВВ) и респираторной активностью лёгких, что говорит, по всей видимости, о значимости тромбоцитарных клеток в механизмах персистенции хронического аллергического воспаления в бронхолёгочной системе.
Заключение: Полученные данные диктуют необходимость разработки патогенетически направленной медикаментозной коррекции выявленных отклонений.

138. ВЛИЯНИЕ МЕХАНИЧЕСКИХ СВОЙСТВ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ НА РЕСПИРАТОРНУЮ ФУНКЦИЮ ПРИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ У ДЕТЕЙ

Андрианова Е.Н.-1, Рывкин А.И.-1, Н.Д.Святова-2, И.Б.Банникова-2
ГОУ ВПО ИвГМА Росздрава - 1, ОГУЗ ОКБ - 2, г.Иваново

Цель: Сопоставить активность дыхательной мускулатуры, бронхиальную проходимость, зональную легочную вентиляцию с конституциональным типом пространственной ориентации позвоночника (ПОП) у детей с бронхиальной астмой (БА).
Методы: У 62 больных 6-12 лет с БА оценивали экскурсии диафрагмы (УЗ-сканирование диафрагмы при спокойном, глубоком и диафрагмальном дыхании), биоэлектрическую активность наружных межреберных мышц (электромиография [ЭМГ]), ФВД (компьютерная спирометрия; зональная реопульмонография), конституциональный тип ПОП (кифосколиозография). Контрольную (К) группу составили 25 здоровых детей соответствующего возраста.
Результаты: Обострение БА сопровождалось зависимым от тяжести течения снижением активности дыхательных мышц и ФВД. Максимальное угнетение респираторной мышечной функции выявлено у больных тяжелой БА, когда снижались экскурсии диафрагмы при всех дыхательных маневрах, а также амплитуда активности интеркостальной мускулатуры. Генерализованная обструкция на фоне тахипноэ в сочетании с неоднородным увеличением воздушности легочной ткани, имели место в остром периоде тяжелой БА. Наибольшее снижение КПД, значений ЭМГ и ФВД отмечено у больных с дизадаптивным типом ПОП, причем показатели амплитуды кручения позвоночника имели выраженные взаимосвязи с изучаемыми показателями. Респираторная дисфункция носила пролонгированный характер, обусловленный стойкими изменениями ФВД и активности дыхательной мускулатуры в ремиссию тяжелой БА, максимально выраженными у больных с деформированным позвоночником.
Заключение: Механические свойства грудной клетки играют роль в реализации респираторных нарушений при БА у детей. Более выраженным изменениям ФВД и активности дыхательной мускулатуры способствует дефигурация позвоночного столба у больных с тяжелой БА.

139. ПРОСТРАНСТВЕННАЯ ОРИЕНТАЦИЯ ПОЗВОНОЧНИКА И ТЯЖЕСТЬ ТЕЧЕНИЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ДЕТЕЙ

Андрианова Е.Н., Рывкин А.И., А.Н.Новосельский
ГОУ ВПО ИвГМА Росздрава, Иваново

Цель: Изучить пространственную ориентацию позвоночника (ПОП) в зависимости от тяжести и длительности течения бронхиальной астмы (БА) у детей.
Методы: Компьютерная кифосколиозография, позволяющая построить график кручения позвоночника и определить 4 конституциональных типа ПОП в зависимости от соотношения систем управления (СУ) и реализации (СР). Обследовано 62 пациента 6-12 лет с БА. Контрольную (К) группу составили 60 здоровых детей соответствующего возраста.
Результаты: У больных БА выявлялись все 4 типа ПОП, однако их распределение отличалось от К группы. 1-й благоприятный тип (СУ – правша [П], СР – П, «истинные правши») у больных детей зарегистрирован всего в 3% случаев, что достоверно ниже, чем у здоровых (12%). 2 тип (СУ – левша [Л], СР – П, то есть «правши» в СР, что характеризует функциональную асимметрию) и 3 тип (СУ - Л, СР - Л, «истинные левши», устойчивый тип) встречались в 18% и 22% соответственно (против 20% и 48% в К группе). Число пациентов с 4-м дизадаптивным типом, отличающимся выраженной функциональной асимметрией (СУ – П, СР – Л, то есть «правши» в СУ и «левши» в СР), было максимальным (51% против 20% в К группе). Сопоставление типа ПОП и тяжести течения БА показало, что большинство детей с 4 типом имело тяжелую БА, а 80% больных с 4 типом длительно страдали БА.
Заключение: БА сопровождается нарушением циклического равновесия позвоночника, изменением амплитуды его кручения и ПОП. Дисбаланс в СУ и СР способствуют изменению конфигурации грудной клетки и деформации позвоночника. С другой стороны, дефигурация позвоночного столба и грудной клетки влияют на функциональное состояние дыхательной мускулатуры, что может приводить к формированию «порочного круга» взаимного негативного влияния, особенно у больных с тяжелым течением БА.

140. ЭПИДЕМИОЛОГИЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ДЕТЕЙ РЕСПУБЛИКИ САХА (ЯКУТИЯ)

Иванова О. Н.
Медицинский институт ЯГУ, Якутск

Цель: Проведение эпидемиологического исследования бронхиальной астмы по программе «ISAAC-phaseII»в Республике Саха (Якутия).
Материалы и методы: Проанализировано 6400 анкет («ISAAC», «ISAAC-phase II»), заполненных детьми и их родителями, проживающих в разных регионах Республики Саха (Якутия). Среди опрошенных было 3254 представителя некоренного (в основном, русские, украинцы и другие) и 3169 – коренного населения из разных улусов. Эпидемиологическое исследование распространенности аллергических заболеваний у детей по стандартизованным методикам в Республике Саха (Якутия) проводится впервые в динамике с полным выполнением требованием протокола программы и расширением опросника«ISAAC-phase II»), для выявления факторов риска формирования патологии.
Заключение: Изучение распространенности симптомов БА среди школьников 1-х и 8-х классов выявило ряд особенностей. Симптомы накопленной заболеваемости БА отмечены у 1674 ребенка(26,5%). Из них родители первоклассников отмечали аналогичные симптомы в 30,2%, восьмиклассники – в 22,8%. Симптомы БА в течение 12 месяцев, предшествовавших анкетированию, встречались у первоклассников в 1,3 раза чаще, чем у восьмиклассников. Тяжелые приступы удушья также чаще отмечали восьмиклассники($\chi 2=2,8$; $p=0,04$).

141. ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ БАЗИСНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ У ДЕТЕЙ

Цыпленкова С.Э., Мизерницкий Ю.Л.

ФГУ "МНИИ педиатрии и детской хирургии Росздрава", Москва

Цель: оценить возможность прогнозирования эффективности базисной терапии бронхиальной астмы (БА) у детей с помощью определения уровня оксида азота в выдыхаемом воздухе (NO в ВВ). Методы: 316 детей (5÷18 лет) с БА; проведено стандартное обследование и измерение уровня NO в ВВ (on-line; Vпотока=50мл/с, газоанализатор 280i (Sievers, США)). Результаты: уровень NO в ВВ значительно увеличен при обострении (65,3±3,4 ppb; 17,4÷270) и в ремиссии (34,9±2,4 ppb; 10,3÷157) БА у детей. Выявлена корреляция между уровнем NO в ВВ и степенью тяжести БА ($r=0,33$; $p<0,05$), частотой приступов ($r=0,32$; $p<0,05$) и уровнем общего IgE ($r=0,35$; $p<0,05$) в сыворотке крови (с.к.). Сочетание высоких уровней NO в ВВ и общего IgE в с.к. вело к лучшему эффекту от стандартной базисной терапии ИГКС, чем сочетание низкого уровня IgE, высокого содержания ЦИК и преципитирующих антител в с.к. при невысоком уровне NO в ВВ (таких пациентов отличала большая тяжесть течения БА и низкая эффективность стандартной терапии; видимо, при этом в генезе БА преобладали аллергические реакции III (иммунокомплексного) типа, при которых NO синтезируется менее интенсивно, чем при IgE-обусловленных аллергических реакциях, для которых специфичен высокий уровень NO в ВВ). Выводы: Сочетание высоких уровней NO в ВВ и общего IgE в с.к. указывает на возможность достижения хорошей эффективности стандартной базисной терапии БА; мониторирование уровня NO в ВВ позволяет оптимизировать лечебную тактику и положительно влияет на прогноз заболевания. Сочетание низкого уровня NO в ВВ в комплексе с низким уровнем общего IgE, высоким содержанием ЦИК и преципитирующих антител в с.к. указывает на возможность более тяжелого течения БА у детей; при этом мониторирование уровня NO в ВВ менее информативно, а пациенты требуют индивидуальной терапии.

142. СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ РАЗЛИЧНЫХ ПОДХОДОВ К ЗАПОЛНЕНИЮ АСТ У ДЕТЕЙ.

Лебеденко А. А., Бойко А.Ю., Кавтасенкова О.В., Луспикаян С.Х.
Ростовский государственный медицинский университет

Цель: целью нашей работы явился сравнительный анализ результатов самостоятельного заполнения детьми, страдающими бронхиальной астмой (БА), Теста контроля астмы (АСТ), и заполненных затем ими же тестов, после предварительного пояснения врачом сложных вопросов и ответов на них.
Методы исследования: было протестировано 43 ребенка, страдающих БА, при поступлении их на стационарное лечение. Среди них 29 мальчиков и 14 девочек.
Результаты: по результатам тестирования определилось 2 группы: первая группа составляла 26 человек (60,4%), в которых различий в ответах не было или они были минимальными (до 2 баллов). Вторая группа составляла 17 детей (39,6%), в которой отличия были значительными (более 2 баллов), что настораживало в правильности интерпретации детьми вопросов и ответов на них. Наибольшие расхождения отмечены в ответах на 1 и 5 вопросы, в которых нет количественных характеристик. В ответах на 1 вопрос больные не делали различий между "редко" и "иногда", а в 5 вопросе - между "плохо удавалось контролировать" и "в некоторой степени удавалось контролировать". Также удалось отметить, что почти половина детей (48,8%), набравших менее 12 баллов, в последний месяц применяли короткодействующие бета-2 агонисты от 1 до 3 раз в день, что свидетельствует о плохом контроле над БА. Ретроспективно это свидетельствует о том, что родителям этих пациентов требовалось более раннее обращение за медицинской помощью. Можно предположить, что проведение АСТ в более ранний период могло нацелить родителей на необходимость врачебной помощи.
Заключение: при первом заполнении АСТ детьми необходимо предварительное

разъяснение врачом особенностей ответов на вопросы. Возможно, требует обсуждения вопрос замены словесной характеристики ответов на 1 и 5 вопросы на количественные параметры.

143. СПОСОБ КОНТРОЛЯ НЕЙРОГЕННОГО ВОСПАЛЕНИЯ ПРИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ (БА) У ДЕТЕЙ С ПРИМЕНЕНИЕМ ГИПОКСИБАРОТЕРАПИИ

Алеманова г. Д.Воляник М.Н., Воляник О.В, Дмитриева Т.В., Сурова Л.В., Турлова В.Г., Горлова В.А.
Оренбургская государственная медицинская академия

Хроническое аллергическое воспаление респираторного тракта с участием иммунокомпетентных клеток, способствует рефлекторному высвобождению периферических нейропептидов, приводящих к вазодилятации, экссудации слизи, сокращению гладкой мускулатуры. Эффекты нейрогенного воспаления с участием нейропептидов, в частности субстанции Р (СР), утяжеляют течение БА (Лев Н.С.,2000).
Цель работы: Установить влияние гипоксибаротерапии на нейрогенное воспаление по динамике СР в сыворотке крови детей, больных БА в периоде ремиссии.
Материалы и методы: Проведено обследование 15 детей (10 мальчиков и 5 девочек) препубертатного возраста, больных БА средней степени тяжести в периоде ремиссии. Курс лечения (24 сеанса) проводился в условиях гипобарической барокамеры «Урал-1» по стандартной методике. На момент обследования дети не получали базисной терапии. Уровень субстанции Р в сыворотке крови исследовали до и после курса гипоксибаротерапии методом ИФА («ELISA») с использованием коммерческого набора Peniusula (USA). Клиническое обследование детей выявило наличие патологии беременности и родов у 9 детей (60%), 10 детей (66,7%) имели патологию ЦНС.
Полученные результаты: После курса гипоксибаротерапии отмечалась тенденция к снижению уровня СР у 50% обследованных детей и достоверное ($p<0,05$) снижение от 39,08±12,89 до 14,36±2,49 pg/ml в динамике через 3 месяца.
Заключение: Применение гипоксибаротерапии у детей, больных БА, способствует уменьшению нейрогенного воспаления, наличие структурного следа адаптации приводит к пролонгированию данного эффекта.

144. ИНФИЦИРОВАННОСТЬ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ (БА) ВОЗБУДИТЕЛЯМИ ВИРУСНОЙ, МИКОПЛАЗМЕННОЙ И ХЛАМИДИЙНОЙ ИНФЕКЦИЙ

Булгакова В.А., Сенцова Т.Б., Зубкова И.В., Балаболкин И.И., Ворожко И.В.
ГУ Научный центр здоровья детей РАМН, Москва

Цель: изучение степени инфицирования детей с БА и частыми острыми респираторными инфекциями (ОРИ) респираторными вирусами (РВ), герпесвирусами (ГВ), возбудителями микоплазмоза, хламидиоза. Методы исследования: у 100 детей в возрасте от 3 до 16 лет в периоде ремиссии БА и вне ОРИ иммунофлюоресцентным методом исследованы аспираты и смывы из носоглотки для выявления антигенов РВ - гриппа (Г), парагриппа (ПГ) 1-3 типов, РС-вируса, аденовирусов(АВ); ГВ 1, 2 типов, внутриклеточных возбудителей Mycoplasma pneumoniae (Mp), Chlamydophila pneumoniae (Cp), Chlamydia trachomatis (Ct). Результаты: у всех пациентов с БА выявлены признаки функциональной недостаточности иммунной системы, наиболее выраженные при ОРИ: снижение секреторных IgA, продукции sIL2R, IFN-γ, повышение уровней общего IgE и sCD4+, увеличение IL4, 5, 8, 13, TNF-a в крови, что указывает на нарушения в системе иммунной регуляции. Антигены Mp обнаружены у 39%, Cp у 21%, Ct у 9%, ГВ у 41% пациентов с БА. Среди РВ при БА наиболее часто выявлялся антиген вируса Г у 34% и РС у 32%

пациентов, антигены ПГ обнаружены у 27% и аденовирусов АВ у 22%. У большинства пациентов наблюдались ассоциации выделяемых возбудителей (94%), наиболее часто встречалась ассоциация ГВ с РВ (38%), Мр и РВ (39%). Установлена прямая корреляционная связь между частотой выявления возбудителей РИ и тяжестью течения БА (r=0,30), частотой ОРИ (r=0,29), а при обнаружении Г, ПГ, АВ, ГВ, Ср - возрастом пациентов (r=0,28), p<0,01. Заключение: у детей и подростков с БА обнаруживается высокая инфицированность РВ и возбудителями оппортунистических инфекций, определяющая нарушения в иммунной системе, что свидетельствует о целесообразности включения в комплекс лечения современных антибактериальных, противовирусных и иммуномодулирующих препаратов.

145. СВЯЗЬ ПОЛИМОРФИЗМА ГЕНОВ ДЕТОКСИКАЦИИ С ТЯЖЕСТЬЮ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ДЕТЕЙ

Гимаденова . С.
НЦ педиатрии и детской хирургии, Республики Казахстан

Целью нашего исследования было выявление распространенности полиморфных аллелей генов глютатион- S -трансферазы (GSTM 1, GSTT 1, GSTP 1) у больных в группах с разной тяжестью течения заболевания.
Анализ распространенности гомозиготных делеций GSTM1(0) в группах детей с разной степенью тяжести бронхиальной астмы выявил достоверное повышение частоты носителей гомозиготных делеций GSTM1(0) среди детей с тяжелой БА (с 2=30,5, OR=6,9) и среднетяжелым течением заболевания (с 2=37,49, OR=8,4). Сопоставление частоты гомозиготных делеций гена GSTT1 среди детей с разной тяжестью БА выявило достоверные различия между распространенностью GSTT1(0) в группе с тяжелой и легкой БА (с 2=20,7, OR=5,1).
Генотип GSTP 1 A/B достоверно чаще встречался в группах детей с легким течением заболевания (с 2 =16,4). Генотипы B/B и B/C с ослабленной функцией гена достоверно чаще встречались в среди детей с тяжелым течением заболевания (с 2=9,7).

146. ИЗУЧЕНИЕ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ОПРОСНИКА PAQLQ

Иманкулова К.Д., Байжанова М.М.
НЦ педиатрии и детской хирургии, Республики Казахстан

Целью нашей работы было изучение показатели шкал качества жизни (КЖ) у больных детей с бронхиальной астмой (БА) среднетяжелого и тяжелого течения.Обследованы 150 детей больных БА (65 мальчиков и 85 девочек, в возрасте от 8 до 13 лет). Анкетирование пациентов (их родителей) и лечащего врача проводилось с помощью опросника Pediatrics Asthma Quality of life Questionnaire (PAQLQ). По результатам исследования у 98% опрошенных отмечалось нарушения в состоянии здоровья. Выявлено значительное снижение показателей шкал КЖ как физической, так и эмоциональной сфер в период обострения БА. У детей с тяжелым течением БА, по сравнению с группой среднетяжелого течения, значительно ухудшилось КЖ. Чаще отмечались такие симптомы как дискомфорт, тревожное состояние (страх), снижение повседневной активности. В период купирования приступа бронхоспазма показатели КЖ улучшились, но оставались низкими, чем в группе детей среднетяжелым течением, т.е. степень выраженности бронхоспазма оказывала существенное влияние на КЖ больных. Применение опросника PAQLQ позволяет получить подробную картину изменения КЖ больных детей с БА.

147. НЕОБХОДИМОСТЬ АЛЛЕРГОЛОГИЧЕСКОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ ПРИ ДИАГНОСТИКЕ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ПОДРОСТКОВ И ЮНОШЕЙ ПРИЗЫВНОГО ВОЗРАСТА.

Скороходкина О.В., Лунцов А.В., Ильинский В.И., Цибулькин Н.А.
Республиканская клиническая больница, г. Казань

Цель. Оценить диагностическую значимость комплексного аллергологического обследования при верификации диагноза бронхиальной астмы (БА).
Материалы и методы. Обследован 361 подросток и юноша, направленный военкоматами республики Татарстан с целью верификации диагноза БА. В комплексе диагностических исследований всем пациентам осуществлялось специфическое аллергологическое обследование с проведением оценки данных аллергологического анамнеза, постановкой кожных тестов с неинфекционными аллергенами, определением уровней общего и специфических иммуноглобулинов класса Е (IgE) методом иммуноферментного анализа. Ингаляционные провокационные пробы (ИПП) с аллергенами осуществлены у 141 пациента.
Результаты. Специфическая гиперчувствительность была выявлена у 92,2% больных, при этом преобладало наличие сенсибилизации к группе бытовых аллергенов (в 95,9% случаев). Пациенты с верифицированной БА характеризовались наличием повышенного уровня IgE общего (232±44 МЕ/мл). Положительные результаты ИПП с аллергенами позволили подтвердить диагноз БА у 96 пациентов (68,1%).
Выводы. Комплексное аллергологическое обследование при диагностике БА у подростков и юношей призывного возраста является необходимым и имеет высокую диагностическую значимость, как для выявления этиологии БА, так и при верификации нозологической формы заболевания.

Болезни органов дыхания в сочетании с заболеваниями других органов и систем

.

148. ОЦЕНКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЭХОКАРДИОСКОПИИ У ПАЦИЕНТОВ, СТРАДАЮЩИХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ НА ФОНЕ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

Чебыкина А. В.
Кировская ГМА, кафедра терапии ИПО

Цель: оценить показатели эхокардиоскопии сердца у пациентов, страдающих бронхиальной астмой (БА) на фоне артериальной гипертензии (АГ).
Материалы и методы: обследовано 17 женщин и 3 мужчин, средний возраст 52±7 лет, страдающих БА средней степени тяжести на фоне АГ. 10% пациентов БА имели I стадию АГ, у 20% больных –III стадия АГ. Средний стаж бронхообструкции 11,3±6,2 лет. Средний стаж АГ 7,25±4,1 лет. На момент поступления терапия БА и АГ требовала коррекции. Пациентам проводилась эхокардиоскопия, с учетом вовлечения в патологический процесс как левых, так и правых отделов сердца.
Результаты: в ходе проведенного анализа протоколов исследования была выявлена склонность к дилатации левого предсердия (КДРлп =42,36±3,07мм). Выявлено незначительное увеличение КДР ЗСЛЖ=11,06±0,91 мм. У большинства зафиксирована склонность к концентрической гипертрофии ЛЖ: превышение ИММЛЖ =113,43±14,85, ИОТС =0,48±0,04, снижение ИС=0,56±0,05. У 20% пациентов было выявлено увеличение толщины ПСПЖ (в среднем 6,00±1,2 мм), что свидетельствует об увеличении нагрузки и ремоделировании правых отделов. Систолическая функция сохранена: ФВ по Тейхольцу=

63,08±3,62%, ФВ по Симпсону =59,43±3%. Выявлена диастолическая дисфункция ЛЖ (ВИРЛЖ=91,93±14,50). Показатель Е/А у большинства пациентов было в пределах нормы =1,05±0,17. Характерна умеренная легочная гипертензия: превышение систолического ДЛА =41,45±5,59 mm Hg, среднего ДЛА= 21,37±3,67 mm Hg, диастолического ДЛА=16,25+/-1,25 mm Hg. Заключение: у пациентов, страдающих БА на фоне АГ, выявлено увеличение нагрузки как на левые, так и на правые отделы сердца, влекущее за собой в основном гипертрофию отделов, диастолическую дисфункцию, легочную гипертензию, что необходимо учитывать при подборе гипотензивной терапии.

149. ОПТИМИЗАЦИЯ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ РЕФЛЮКСИНДУЦИРОВАННОЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

Тихомирова Е. Г.-1,Куделя Л.М.-1,Можина Л.Н.-1, МанжилееваТ.В.-1, Королева О.В.-2
Новосибирский государственный медицинский университет-1,Новосибирская Областная больница-2

Цель: оптимизация лечения больных бронхиальной астмы (БА) в сочетании с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью (ГЭРБ)
Методы: обследовано 100 больных БА в сочетании с ГЭРБ (женщины 59%, мужчины 41%, средний возраст 50,7±10,9 длительность БА 8,88±4,3). Программа обследования включала: клиническое исследование (в т.ч. анкетирование), рабепразоловый тест, оценка показателей функции внешнего дыхания (с бронхолитической пробой и пикфлоуметрия), бронхологическое исследование; эндоскопическое исследование слизистой пищевода. Выраженность клинических симптомов БА и ГЭРБ оценивалась в баллах.
Больные БА, сочетанной с ГЭРБ, получали базисную противовоспалительную терапию в соответствии со степенью тяжести заболевания: (ингаляционные глюкокортикостероиды в дозе 600-1600 мкг/сутки, бета 2-агонисты пролонгированного действия, бронхолитики короткого действия, мукорегуляторы. Пациентам с патологическим гастроэзофагеальным рефлюксом проводилась медикаментозная коррекция, включающая рабепразол 20 - 40 мг в сутки и домперидон 30 мг в сутки.
Результаты: на фоне комплексной терапии отмечалось уменьшение выраженности проявлений респираторной симптоматики (3,02±0,12 баллов до лечения и 1,1±0,13 после; $p<0,05$), и диспепсических явлений (2,3±0,12 баллов до терапии и 1,6±0,14 после лечения; $p<0,05$). Отмечался прирост показателей функции внешнего дыхания: ЖЕЛ на 11,7%, ОФВ1 на 14,4%, ТТ 12,5%, МОС75 – 10,5%, вариабельность ПСВ уменьшилась с 21,2% до 11,6%. При медикаментозной коррекции ГЭРБ происходило снижение потребности в бронходилататорах короткого действия в 2,14 раза.
Выводы: включение в программы базисной терапии БА в сочетании с ГЭРБ, современных ингибиторов протонной помпы (рабепразол) и прокинетиков (домперидон) приводит к быстрому купированию клинической симптоматики, улучшению показателей функции внешнего дыхания, уменьшению потребности в бронхолитиках короткого действия.

150. ФИЗИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ С СОПУТСТВУЮЩЕЙ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Зарипова Т. Н.,Антипова И.И.
Научно-исследовательский институт курортологии и физиотерапии, Томск

Цель: разработка лечебной технологии с использованием физических факторов при ассоциированной патологии: БА и ГБ. Наблюдения выполнены у 32 больных в возрасте 51,2±1,8 лет. Преобладали (75%) женщин, средняя давность заболевания была 9,1±1,2 лет, частота обострений за год – 2,6±0,12. У 87,5% астма была эндогенной, у 12,5% - экзогенной. У 78,15 обследованных БВ средней тяжести, у 9,4% - тяжелой, у остальных

легкой степени тяжести. Гипертоническая болезнь I степени диагностирована у 37,5%, II ст. – у 53,1%, III ст.- у 9,4%. Все больные получали базисную медикаментозную терапию по поводу основного и сопутствующего заболевания. На этом фоне назначались аппликации сапропеля, токи надтональной частоты на воротниковую область и грудную клетку, дыхательная гимнастика, массаж, ингаляции. Выявлена существенная позитивная динамика клинических проявлений болезни: сокращение дневных приступов в среднем по группе в 13,5 раза, ночных – в 26,3 раза, потребности в бронхолитиках короткого действия – в 2,8 раза. Об улучшении бронхиальной проходимости свидетельствовал рост ОФВ1 с 67,7±3,7 до 85,9±6,2% ($p<0,05$), отмечен рост ЖЕЛ (с 71,7±2,8 до 84,4 ±3,4%; $p <0,02$). Противовоспалительный эффект документировался позитивной динамикой ряда биохимических и иммунологических показателей. Суточное мониторирование АД выявило снижение среднего суточного САД и ДАД, среднедневного САД и ДАД, средне ночного САД и нагрузки по САД днем. Нагрузка по САД и ДАД ночью не менялась. По данным эхокардиографии в конце лечения достоверно уменьшалась выраженность диастолической дисфункции.Интегральная оценка всех учтенных показателей (клинических и параклинических) показала эффективность назначения лечебного комплекса в 90,6% наблюдений

151. СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ЛИПИДНОГО СПЕКТРА У БОЛЬНЫХ С ЭССЕНЦИАЛЬНОЙ И ПУЛЬМОГЕННОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ

Серебреникова О.В., Милютина О.В.
Кировская государственная медицинская академия, кафедра внутренних болезней и физической реабилитации

Цель работы: провести сравнительный анализ липидного спектра у больных эссенциальной и пульмогенной артериальной гипертонией (АГ). Материалы и методы: обследовано 48 больных с I-II степенью АГ, сочетающейся с ХОБЛ I-II стадии (35 (73%) мужчин и 13 (27%) женщин), средний возраст - 62,3±10,6 лет, средний стаж АГ – 11,7±7,4 лет, средний стаж ХОБЛ – 8,4±5,4 лет. В 33% случаев было выявлено возникновение АГ на фоне уже имеющейся ХОБЛ. По данному признаку все пациенты были разделены на 2 группы: 1 группа с возникновением ХОБЛ на фоне имеющейся АГ и 2 группа с возникновением АГ на фоне уже имеющейся ХОБЛ. В 1 группу вошли 32 человека (22 мужчины и 10 женщин), средний возраст составил 60,4±10,7 лет, стаж АГ – 12,9±7,8 лет, стаж ХОБЛ – 6,3±4,6 лет. Во вторую группу вошли 16 человек (13 мужчин и 3 женщины), средний возраст данной группы составил 65,9±9,7 лет, стаж АГ – 9,2±6,0 лет, стаж ХОБЛ 12,7±4,3 лет. Всем больным проводился расчет индекса массы тела (ИМТ), определялся липидный спектр сыворотки крови. Результаты: в группе больных эссенциальной АГ достоверно выше ($p<0,001$) ИМТ (28,8±3,8 против 23,6±3,3 кг/м2). У больных с эссенциальной АГ общий холестерин (ОХС) составил 5,3±1,3 ммоль/л, триглицериды (ТГ) – 1,5±0,5 ммоль/л, липопротеиды высокой плотности (ЛПВП) – 1,7±0,4 ммоль/л, липопротеиды низкой плотности (ЛПНП) – 1,5±0,5 ммоль/л. У больных с пульмогенной АГ ОХС - 4,3±0,8 ммоль/л, ТГ - 1,4±0,9 ммоль, ЛПВП - 1,6±0,6 ммоль/л, ЛПНП - 2,2±0,9 ммоль/л. Выводы: достоверное снижение ОХС ($p=0,007$) и увеличение ЛПНП ($p=0,001$) у больных пульмогенной АГ можно связать с системными проявлениями ХОБЛ.

152. ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ (БА) И ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ (ХОБЛ) В ПОЛИКЛИНИКЕ: ВЗГЛЯД ЭКСПЕРТА

Неронов А.Ф., Степченко А.А., Новокорпусова Г.А., Курцева В.А., Бабкина В.И., Алиуллин Р.А., Сидорец В.М.

Курский государственный медицинский университет, ООО «Росмедстрах-К», г. Курск

Цель: оценить качество ведения больных БА и ХОБЛ в условиях поликлиник Курской области. Проанализировано 158 амбулаторных карт в 14 поликлиниках города и области. Пациенты были разделены на 2 группы: I –наблюдавшиеся пульмонологами и терапевтами (72 больных); II-только терапевтами (83 больных).
Результаты: В 1-ой группе правильное оформление диагноза отмечено в 52 % случаев; во 2-ой - в 2%.Оценка функции внешнего дыхания с проведением постбронходилатационного теста, рентгенологическое исследование органов дыхания, показателей крови, мокроты, в соответствие со стандартами качества диагностики достоверно чаще проводились в 1-ой группе. В той же группе достоверно чаще назначались современные базисные средства, предусмотренные стандартами лечения. Во 2-ой группе в большинстве случаев (92%), по-прежнему, назначались теофедрин(5%), эуфиллин (21%), кетотифен (15%), системные ГКС (48%); необоснованно использовались антибактериальные препараты, регистрировалась полипрогмазия. Пролонгированные холинолитики (спирива) и β2 –агонисты (оксис, серевент), ингаляционные ГК и комбинированные препараты не назначались у 80% пациентов 2-ой группы и лишь у 1% больных 1-ой группы ($p< 0,001$). Вызовы врача скорой помощи реже отмечались в 1-ой группе (2,8%), чем во второй (34%; $p<0,001$). Больные 1-ой группы достоверно, реже, чем 2-ой направлялись в стационар. Заключение: уровень диагностики и лечения основных обструктивных болезней ХОБЛ и БА в поликлиниках остается низким, особенно среди участковых терапевтов. В рамках реализации приоритетного национального проекта «Здоровье» необходимо принять дополнительные меры, направленные на оптимизацию развития умений работы участковых врачей с больными БА и ХОБЛ, в соответствии со стандартами качества диагностики и лечения.

153. ПРИМЕНЕНИЕ ИАПФ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ АГ В СОЧЕТАНИИ С ХОБЛ

Амиров Н.Б., Ишкинеев Ф.И., Потапова М.В., Фролова Э.Б.
Кафедра ОВП ГОУ ВПО «Казанский медицинский университет Росздрава»

Цель:изучить эффективность,переносимость иАПФ у больных с АГ I-IIст.в сочетании с ХОБЛ. **Методы:** 33 пациента (17 женщин и 16 мужчин,возраст 50,7±9,2лет с эссенциальной АГ I-II ст и ХОБЛ. Исходный уровень САД-162,6±12,2мм рт.ст.,уровень ДАД-93,7±10,4мм рт.ст.Длительность заболевания 7,4±4,2г.Всем назначен иАПФ– эналаприл в начальной дозе 5 мг 1 р/д.Оценка эффекта и титрование дозы каждые 10дн. **Результаты:**терапия,проведенная в течение 30дн эффективна у 94,1 %. Уровень САД был снижен на 28мм рт.ст.(16,81%),ДАД на 9,1мм рт.ст.(9,7%).Целевого АД удалось добиться у 88,2%.На I этапе эналаприл назначался в дозе 5 мг 1р/д.Монотерапия на этой дозе эффективна у 8 пациентов(23,5%) от общего числа пациентов.Больные,достигшие целевого АД,продолжали лечение на этой дозе,остальным продолжался подбор дозы на II этапе.Оставшимся 26пациентам, не достигшим целевого АД на Iэтапе,доза эналаприла увеличена до 10мг1 р/д.У 14 из них(41,2%),было достигнуто целевое АД. На III этапе, 12 пациентов, у которых монотерапия эналаприлом в дозе 10 мг 1 р/д оказалась недостаточной, получали дополнительно индапамид ретард в дозе 1,5мг 1 р/д.Комбинация оказалась эффективной у 8 пациентов(23,5%). У них удалось достичь целевого АД.У 2 пациентов, получавших комбинированное лечение гипотензивный эффект был хороший снижение ДАД на 10 мм рт.ст.А 2 пациентам с неудовлетворительным снижением АД был продолжен подбор с назначением АК:амлодипина.Переносимость препаратов была хорошей. В 2-х случаях у пациентов развился сухой кашель, иАПФ заменен препаратом АРА. **Заключение.** Результаты говорят о высокой гипотензивной активности и хорошей переносимости препарата эналаприл в монотерапии у больных с мягкой и умеренной АГ и целесообразно комбинация с индапамидом ретард у больных с высокой ст. АГ. При

развитии или усилении кашля у больных ХОБЛ целесообразно заменить иАПФ на препарат из другой группы.

153. ОСОБЕННОСТИ ПРОГРАММЫ ЛЕЧЕНИЯ, ПРОФИЛАКТИКИ СОЧЕТАННЫХ БОЛЕЗНЕЙ НА СЕВЕРЕ

Славнов В.А., Ушаков В.Ф., Ефимова Л.П., Ильина Э.А., Шевченко О.В., Зуевская Т.В., Масалева О.В.
СурГУ, Пульмонологический центр, СОКБ, Сургут

Цель: Разработать региональные стандарты лечения, профилактики сочетанных болезней: ХОБЛ в сочетании с АГ (артериальной гипертонией), ИБС (стабильная стенокардия, аритмии), диабетом (1,2 типа); БА в сочетании с АГ, ИБС, диабетом.
Методы исследования: под наблюдением находились 64 больных БА средней и тяжелой степени в сочетании с АГ-2ст., ИБС, диабетом; 58 больных ХОБЛ в сочетании с АГ, ИБС, диабетом. Проведен анализ клинических, функциональных, рентгенологических (включая КТ), биохимических, иммунологических исследований. Больные 1 группы (n=40) с сочетанной патологией (БА+АГ+ИБС+диабет) в течение года получали симбикорт или биастен, спирива или беродуал, атровент, небулайзерную терапию, АРА (антагонисты рецепторов ангиотензина), препараты нитроглицерина или Са-антагонисты, антиаритмические препараты (верапамил, алапинин), противодиабетические препараты, статины (зокор), антиоксиданты, антигипоксанты. Частота диспансерных явок (ЧДЯ) пациентов составляла 10-16 раз в году. 2 группа больных БА с сочетанными заболеваниями (n=24) находилась на обычном диспансерном учете. У 3 группы (n=38) больных с сочетанной патологией (ХОБЛ+АГ+ИБС+диабет) методика лечения и диспансеризации была аналогична 1 группе пациентов. 4 группа больных ХОБЛ (n=20) с сочетанными заболеваниями находилась на обычном диспансерном учете. ЧДЯ составляла 3-5 раз в год.
Результаты: Методика ведения пациентов 1, 3 групп значительно улучшала качество жизни больных, снижала в 5-8 раз частоту рецидивов БА, ХОБЛ, синдрома взаимного отягощения..

---

154. СВЯЗЬ ХРОНИЧЕСКИХ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЛЕГКИХ И САХАРНОГО ДИАБЕТА

Кобылянский В. И., Бабаджанова Г.Ю., Сунцов Ю.Н., Нагорный А.Б., Хазиахметтова М.Р., Халтагорова Е.Д.
ФГУ НИИ пульмонологи Росздрава, ВЭНЦ РАМН

Цель. Проследить взаимосвязь бронхолегочной патологии с сахарным диабетом (СД) обоих типов. Материал и методы. Случайной выборкой сформированы две когорты больных. Первая включала 431 пациента с хроническими воспалительными заболеваниями легких: 192 человека с ХОБЛ, протекавшей самостоятельно (119) или в сочетании с бронхиальной астмой (БА) (73), 15 – с хроническим необструктивным бронхитом (ХНБ), 224 – с БА, протекавшей самостоятельно (167) или в сочетании с ХОБЛ (57). Вторая когорта включала 300 пациентов с СД1 и 200 с СД2. Перекрестно оценивалась распространенность этих заболеваний в каждой когорте путем анкетирования и изучения историй болезней. Результаты сопоставлены с популяционными показателями и данными мета-анализа, выполненного по информационным базам MEDLIN и PubMed. Результаты. В первой когорте у 9.15% из них имелся СД2 и только у 0.47% – СД1. Частота СД2 в этой когорте, в отличие от СД1, превышая популяционные показатели ($p<0.05$), при ХОБЛ (9.24%) была более чем в 2.5 раза выше по сравнению с БА (3.59%) ($p<0.05$). СД2 чаще встречался при сочетании ХОБЛ и БА (16.92%), чем только при ХОБЛ ($p>0.05$) или

БА ($p<0.05$). При ХНБ сахарный диабет не выявлен. Во второй когорте найдена более низкая распространённость бронхолегочной патологии. Так, при СД2 она имелась у 2.6% пациентов, в том числе по 1.04% приходилась на ХОБЛ и БА ($p<0.5$) и 0.52% – на ХНБ. При СД1 эти цифры были ещё ниже – 1%, в т.ч.0.67% страдали ХОБЛ и 0.33% – БА ($p<0.001$). Полученные данные коррелировали с результатами мета-анализа. Заключение. Установлена существенная связь между ХОБЛ и СД2, значительно более тесная по сравнению с БА и СД2. При сочетании ХОБЛ и БА риск СД2 достоверно возрастает. ХОБЛ и особенно БА и СД1 обратно зависимы.. Между ХНБ и СД взаимосвязи не найдено.

---

155. СОСТОЯНИЕ КОСТНОЙ ТКАНИ У МЫШЕЙ С МОДЕЛЬЮ ХОБЛ, ИНДУЦИРОВАННОЙ КУРЕНИЕМ.

Кочеткова Е.А.-1, Майстровская Ю.В.-2, Невзорова В.А.-2 , Коцюрби Е.А.-2, Кудрявцева В.А.-2
Владивостокский филиал ГУ НИИ медицинской генетики ТНЦ СО РАМН-1, Владивостокский Государственный медицинский университет-2

Цель: целью настоящего исследования стала оценка состояния костной ткани у мышей с экспериментальной моделью ХОБЛ, индуцированной курением.
Методы исследования: в соответствии с протоколом о табакокурении, представленном на 15 Конгрессе Европейского Респираторного Общества (2005 год) нами была создана модель ХОБЛ у 30 белых линейных мышей путем повторного воздействия табачного дыма в течении 6 дней на протяжении 6 месяцев. Группу контроля составили 20 здоровых животных. Сравнение структуры костной ткани проводилось с помощью оптической микроскопической статической гистоморфометрии препаратов костной ткани позвоночника с декальцинацией, окраска гематоксилином-эозином.
Результаты: гистоморфометрия показала как количественные, так и качественные изменения в поясничном отделе позвоночника мышей с моделью ХОБЛ.
У экспериментальных животных объем губчатой ткани был уменьшен с 98,2±4,1% до 69,5±3,2%, толщина трабекул снижалась с 27,7±0,3% до 20,1% по сравнению с показателями группы контроля. Параметры синтеза и резорбции кости у мышей с моделью ХОБЛ также были изменены: толщина остеоида выросла с 1,4±0,4% до 3,8±0,9мсм; объем эрозированной поверхности трабекул увеличился с 3,8±0,2 до 10,2±2,1%; количество остеокластов с их одноядерными остатками возросло с 0,8±0,3 мм² до 1,8мм² ($p<0,01$).
Заключение: При гистоморфометрическом исследовании костной ткани мышей с моделью ХОБЛ индуцированной курением были выявлены ее существенные отличия от данных контрольной группы.

---

156. ОПЫТ ОПТИМИЗАЦИИ ТЕРАПИИ ГЛЮКОКОРТИКОСТЕРОИДАМИ ПРИ БРОНХООБСТРУКТИВНОМ СИНДРОМЕ У ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ

Волчкова Н.А.-2.,Верлан Н.В.-1, Бессонова Л. О.1,2, Стеценко Л.К.-2, Тетерина А.С.-2, Новоселова Т.В.-2
Иркутский ГИДУВ-1, Госпиталь ветеранов войн-2.

Цель: проанализировать эффективность применения различных форм доставки глюкокортикостероидов (ГКС) у больных с бронхо-обструктивным синдромом в гериатрической практике. Материалы и методы: обобщение клинических ситуаций у пациентов старше 75 лет, страдающих ХОБЛ III-IV ст. и бронхиальной астмой средне-тяжелого и тяжелого персистирующего течения. Для уточнения диагноза и степени тяжести состояния использовались данные клинического обследования, спирометрия с тестом бронходилатации, пикфлоуметрия (ПФМ), стандартная ЭКГ, ЭХО-КГ,

пульсоксиметрия. Лекарственная терапия проводилась в режиме небулизации пульмикортом, с последующим переводом пациентов на дозированные формы. Результаты: Проанализировано 58 случаев (43-мужчин, 15-женщин). Показания для применения глюкокортикостероидов имели 18 пациентов (ХОБЛ-14, БА-4).В лекарственной терапии на начальном этапе ведения пациентов до купирования обострения с противовоспалительной целью в 7 случаях применялась небулайзерная терапия с использованием будесонида (Пульмикорт®) 0,5 мг/мл в дозах от 0,5 до 2,5 мг в день, (в среднем 6-7 дней), с последующим переводом больных на дозированные формы доставки лекарственной субстанции (пульмикорт) в дозах, соответствующих степени тяжести заболевания. Перевод проходил во всех случаях адекватно, без потери достигнутого клинического эффекта (данные спирометрии и ПФМ). В остальных 11 случаях обострение купировано применением системных ГКС P/OS в суточной дозе до 30 мг в течение 10-12 дней с продолжением лечения ИГКС беклазоном-эко 250 мкг в соответствующих суточных дозировках. Выводы: Небулайзерная терапия Пульмикортом позволяет проводить лечение обострений бронхиальной астмы и ХОБЛ у пожилых пациентов в качестве альтернативы системным ГКС безопасно и в более короткие сроки.

157. ИСПОЛЬЗОВАНИЕ РУССКОЯЗЫЧНОЙ ВЕРСИИ HOSPITAL ANXIETY AND DEPRESSION SCALE ДЛЯ СКРИНИНГА ДЕПРЕССИИ У БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ И ХОБЛ

Пьянков В.А.-1, Чуясова Ю. К.-2
МУЗ Северная клиническая больница г.Кирова-1, МУЗ Городская больница №2 г.Кирова-2

Цель: оценить возможность использования русскоязычной версии Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) для скрининга депрессии у больных бронхиальной астмой (БА) и ХОБЛ. Материалы и методы исследования: в исследование были включены 67 больных БА (средний возраст 46,8±14,9 лет, 61,2% - женщины, 38,8% - мужчины) и 45 больных ХОБЛ (средний возраст 58,6±10,1 лет, 100% - мужчины). Всем больным проводился скрининг депрессии с использованием русскоязычных версий шкалы HADS и шкалы депрессии Гамильтона (HDRS). Бланк шкалы HADS выдавался пациентам на самостоятельное заполнение. Для обеспечения спонтанности ответов на заполнение опросника отводилось 10 минут. Если пациент пропускал отдельные пункты или прерывал заполнение шкалы, на следующий день проводилось повторное тестирование с использованием нового бланка. Тестирование с использованием шкалы HDRS проводилось врачом-иследователем. Результаты: при оценке результатов тестирования больных ХОБЛ с использованием шкалы HADS субклинически выраженная депрессия была выявлена у 33,3% больных (15 человек), а клинически выраженная депрессия - 40% больных (18 человек). Была выявлена статистически достоверная корреляция между показателями депрессии по шкале HADS и показателями шкалы HDRS ($r=0,81$; $p<0,001$). При скрининге больных БА с использованием шкалы HADS субклинически выраженная депрессия была выявлена у 19,4% больных (13 человек), а клинически выраженная депрессия - 9% больных (6 человек). Была выявлена статистически достоверная корреляция между показателями депрессии по шкале HADS и показателями шкалы Гамильтона ($r=0,77$; $p<0,001$).
Выводы: русскоязычная версия шкалы HADS является простым и надежным инструментом для скрининга депрессии у больных БА и ХОБЛ. Выявлена сильная корреляция показателей шкалы HADS и шкалы HDRS.

158. ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ ГЭРБ У БОЛЬНЫХ БА

Сердалиева З.С.-1, Семенова Р.И. -2

Областной консультативно-диагностический центр, г. Кызылорда-1, КазНМУ г.Алматы-2

Цель исследования: изучение частоты встречаемости гастроэзофагеальной рефлюксной болезни у больных с бронхиальной астмой. Определена частота встречаемости гастроэзофагеального рефлюкса и структурных изменений пищевода и желудка при бронхиальной астме в зависимости от возраста и пола. Обследовано 103 больных бронхиальной астмой в возрасте от 18 до 70 лет с различной степенью тяжести течения и вариантами течения. Среди пациентов бронхиальной астмой преобладали женщины в возрасте 31-40 лет, и мужчины 40-50 лет. В результате исследования выяснилось, что 78% случаев тяжелой бронхиальной астмы, ее симптомы частично обусловлены присутствующей гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (изжога, отрыжка воздухом и др.), болевой синдром в эпигастральной области. У больных с бронхиальной астмой, сочетающейся с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью выявились следующие симптомы: изжога (90%), отрыжка воздухом (75%), боль за грудиной (20%), тяжесть в эпигастральной области (5%), избыточная саливация во время сна (70%), кашель на фоне диспепсии (80%), одышка вследствие употребления продуктов, прием которых стимулирует появление симптомов гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (45%). Также обнаружено, что у больных бронхиальной астмы принимающих пероральные кортикостероиды (63%) и метилксантины (40%) чаще обнаруживается гастроэзофагеальный рефлюкс, чем у больных бронхиальной астмой, не получавших пероральную терапию (30%). Таким образом, при обследовании больных бронхиальной астмой следует обратить внимание на частоту встречаемости гастроэзофагеального рефлюкса, особенно среди больных тяжелой формой бронхиальной астмы.

159. ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ, ПРОФИЛАКТИКИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ С СОПУТСТВУЮЩЕЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ НА СЕВЕРЕ

Масалева О.В., Ушаков В.Ф., Славнов В.А.
СурГУ, Пульмонологический центр, СОКБ, Сургут

Цель: оценить эффективность вторичной профилактики, применения эналаприла, лизиноприла, микардиса у больных бронхиальной астмой (БА) с сопутствующей артериальной гипертонией (АГ) на Севере.
Методы исследования: дизайн исследования – обследовано 104 больных БА средней и тяжелой степени тяжести с сопутствующей АГ 2 стадии, в возрасте 35-68 лет. В основных группах (1-5) назначались в течение года противоастматические препараты (ПАП), ингибиторы АПФ, антагонисты рецепторов ангиотензина (АГА), антиоксиданты, с контролем за состоянием больных 10-16 раз в году. Эхокардиография выполнялась на аппарате «Acuson Sequoia – 512» (США), механику дыхания изучали на аппарате «Masterlab – Erich Jaeger». 1 группа (n=18) больных получала симбикорт, спириву, эналаприл; 2 группа (n=25) – симбикорт, эналаприл; 3 группа (n=12) – симбикорт, спириву, микардис; 4 группа (n=12) – биастен, спириву, микардис; 5 группа (n=22) – ПАП, лизиноприл; 6 группа (n=15) – контрольная, получала стандартную терапию (с контролем 4-6 раз в год). Результаты: контроль над БА и АГ установлен у 75-95% больных 1-5 групп, в контрольной группе – у 32% больных. Нормализация показателей механики дыхания, эхокардиографии (УО, КСО, КДО, ФВ левого желудочка), систолического давления в легочной артерии, систолического и диастоличекого артериального давления значительно чаще ($p<0,05$) отмечалась у больных 3 и 4 групп. При этом у 42% больных, получающих эналаприл, отмечались побочные реакции: сухой кашель, усиление одышки при ходьбе. Заключение: на Севере, при вторичной профилактике БА с АГ, необходимы более частые осмотры, коррекция лечения и включение в схемы лечения симбикорта (или биастена), спиривы и микардиса.

160. ЗНАЧИМОСТЬ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ ДЛЯ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ГЕРОНТОВ

Апанасевич А.В. - 1, Махонина И. И. - 2
Центр реабилитации Областного госпиталя ветеранов войн г. Саратова - 1, Саратовский государственный медицинский университет - 2

Цель – изучение особенностей течения, лечения бронхиальной астмы (БА) при сочетании ее с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью (ГЭРБ) у геронтов.
Методы: в исследование включено 53 больных БА (средний возраст 71±1,5 г.) различной степени тяжести в фазе обострения с одновременным усилением у них симптоматики ГЭРБ. Наряду с общеклиническим обследованием проводились спирометрия, рентгенография органов грудной клетки, ЭФГДС, рентгеноскопия пищевода с барием. Помимо базисной терапии БА назначались церукал 30 мг/сут., омез 40 мг/сут. Эффект лечения оценивался через 3 недели. Результаты. У всех пациентов легочные симптомы преобладали над диспепсическими. При этом у 2 больных установлена эндоскопически-негативная ГЭРБ, у 42 – катаральный эзофагит, у 5 – поверхностные линейные, у 3 – глубокие округлые эрозии, у 1 – язва нижней 1/3 пищевода. Купирование обострения ГЭРБ способствовало регрессии проявлений БА вплоть до полного отказа от бронходилататоров в режиме «по требованию» у 5 больных, до существенного снижения кратности их приема в этом режиме – у 32. Выявлены особенности БА, сочетающейся с ГЭРБ. Дебют БА в позднем возрасте имел место у 46 больных; преобладание ночной респираторной симптоматики – у 38; отсутствие наследственной отягощенности – у 47; отсутствие указаний в анамнезе на связь обострений с инфекцией – у 43; кислотный ларингофарингит – у 16; подмена типичного удушья чувством кома в груди – у 9. Заключение. У подавляющего числа геронтов с сочетанием БА и ГЭРБ (у 37 из 53) дестабилизация в течении ГЭРБ имела патогенетическую значимость для обострения БА. Применение у них церукала 30 мг/сут., омеза 40 мг/сут. наряду с базисной терапией БА обеспечило наступление клинической ремиссии БА в трехнедельный срок.

161. СОСТОЯНИЕ ДЫХАТЕЛЬНЫХ МЫШЦ У ЛИЦ С ДИСПЛАЗИЕЙ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ

Вершинина М.В., Никитина М.Ю., Рожков К.Ю., Косикова С.Е.
Омская государственная медицинская академия, г. Омск, Россия

Деформации грудной клетки и позвоночника, нарушения питания, мышечные дистрофии, которые являются весьма характерными для дисплазии соединительной ткани (ДСТ), традиционно выделяют как ведущие причины формирования слабости дыхательных мышц. С целью обоснования направлений лечебных и реабилитационных мероприятий у лиц молодого возраста с ДСТ, обследовано 80 студентов медицинской академии в возрасте 18-20 лет с признаками недифференцированного варианта ДСТ, не имеющих в анамнезе указаний на хронические заболевания органов дыхания. Всем студентам помимо общеклинического обследования и анализа медицинской документации проводилось анкетирование по опроснику «Обращение за здоровые легкие», определение функции внешнего дыхания и силы дыхательных мышц с помощью микро-RPM (P1max, PEmax и SNIP-тесты). Группу сравнения составили 20 практически здоровых лиц, сопоставимых по полу и возрасту без ДСТ. Студенты с ДСТ достоверно чаще предъявляли жалобы на дыхательный дискомфорт, эпизодическое появление свистящих хрипов. При определении ФВД достоверных различий между группами не получено, однако при анализе формы кривой «поток-объем» у студентов с ДСТ достоверно чаще регистрировались признаки скрытых обструктивных нарушений. Показатели силы дыхательной мускулатуры оказались достоверно ниже у пациентов с ДСТ. Степень снижения показателей

коррелировала с выраженностью жалоб на «одышку», «непереносимость физических нагрузок», «быструю утомляемость».
Выводы: снижение силы дыхательной мускулатуры у пациентов с ДСТ требует целенаправленного выявления с помощью общеклинического и функционального обследования и обосновывает необходимость соответствующих лечебных мероприятий.

162 СОСТОЯНИЕ ИММУННИТЕТА У БОЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЙ ЗОНЫ, ПРОТЕКАЮЩИМИ НА ФОНЕ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ

Галимова Е. С., Хамитова И.А., Кучер О.И.
Башгосмедуниверситет г.Уфа

В патогенезе развития сочетанных заболеваний важная роль принадлежит иммунной системе. Активация неспецифического и специфического компонентов иммунного ответа и повышение уровня провоспалительных цитокинов при сочетании заболеваний пищеварительного тракта и дыхательной системы обуславливает их взаимоотягощающее течение.
Цель: сравнительное изучение концентрации сывороточных тканевых цитокинов у больных заболеваниями гастродуоденальной зоны в зависимости от наличия сопутствующей бронхолегочной патологии.
Материалы и методы: обследованы 35 больных (мужчин – 25, женщин –10, средний возраст 35+4,2 года) с заболеваниями гастродуоденальной зоны(язвенная болезнь, гастрит, дуоденит) изолированная – 15 (группа А), сочетанная с бронхиальной астмой – 20 человек (группа В).Диагноз подтвержден клинико-инструментальными и лабораторными данными. Контрольную группу составили 15 клинически здоровых лиц, идентичных по полу и возрасту. Исследование проводилось методом иммуно-ферментного анализа с использованием тест-систем отечественных («Протеиновый контур», Санкт-Петербург) и зарубежных («VedaLab», Франция) производителей.
Результаты: отмечена разница в сывороточном и тканевом содержании цитокинов: Группа А (сыв./тк.): ИЛ- 1β– 360+12,3/90+5,7 пг/мл; ИЛ – 6 – 280+9,7/8,5+3,8 пг/мл; ИЛ – 8 – 205+10,1/95+7,2 пг/мл.
Группа В (сыв./тк.): ИЛ- 1β – 270+19,0/65+3,9 пг/мл; ИЛ – 6 – 160+8,2/75+4,1 пг/мл; ИЛ – 8 – 115+10,3/80+6,4 пг/мл. Вывод: формирование эрозивно-язвенного дефекта в слизистой желудка, двенадцатиперстной кишки и последующее течение патологического процесса сопровождается активацией неспецифического и специфического компонентов иммунного ответа и повышением уровня провоспалительных цитокинов, отличающимся в зависимости от наличия сопутствующего бронхолегочного заболевания

163. ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ОБОСТРЕНИЙ ХОБЛ У БОЛЬНЫХ С СОПУТСТВУЮЩЕЙ ПАТОЛОГИЕЙ ОРГАНОВ ПИЩЕВАРЕНИЯ

Шепеленко А. Ф., Сидоров Ю.А., Миронов М.Б.
ГВКГ им. Н.Н. Бурденко, Москва

Цель: изучить влияние сочетанной патологии органов пищеварения на тяжесть течения обострений ХОБЛ.
В пульмонологических отделениях ГВКГ им. Н.Н. Бурденко в 2005-2006т гг. обследованы 149 больных с обострениями ХОБЛ. Основная группа - 97 больных, или 65,1% - пациенты с сочетанной патологией органов пищеварения; сравнительная группа – 50 человек (33,6%) без патологии ЖКТ. Анализировалась тяжесть обострения по классификации Burge, Wedzica, 2003г., длительность госпитализации, выраженность одышки, степень дыхательной недостаточности, основные клинико-лабораторные показатели, в зависимости от стадии ХОБЛ и наличия сопутствующей патологии органов

ЖКТ. По стадиям ХОБЛ обследованные группировались следующим образом: 0 ст – 1,3%, I ст – 20,8%, II ст -52,3%, III стадия – 25,5%. Среди пациентов с 1 ст ХОБЛ заболевания ЖКТ встречались в 58,1% наблюдений, при 2 ст в 60,3%, у больных с 3 стадией в 84,2%. Выявлено увеличение тяжести обострения (тяжелое и крайне тяжелое – 24,6%, среднее 55,8% и легкое -19,6%), дыхательной недостаточности, сроков госпитализации у пациентов с 1 и 2 стадией ХОБЛ основной группы по отношению к сравнительной (тяжелое и крайне тяжелое обострения в 8,7% случаев, среднее – 65,8%, легкое – 22,5%). При 3 стадии ХОБЛ достоверных различий в сопоставляемых выборках не выявлено, т.к. у подавляющего большинства пациентов, госпитализированных с тяжелыми и крайне тяжелыми обострениями, верифицируется сочетанная гастроэнтерологическая патология. Выводы: более чем у 65% госпитализированных больных с ХОБЛ диагностируется сопутствующая патология ЖКТ, которая наиболее часто (в 84,2% случаев) встречается в 3 стадии заболевания. Сопутствующая патология ЖКТ увеличивает тяжесть обострений, степень дыхательной недостаточности и длительность стационарного лечения.

164. ХАРАКТЕРИСТИКА ИНФЕКЦИОННЫХ ПОРАЖЕНИЙ ЛЕГКИХ У БОЛЬНЫХ ГЕМОБЛАСТОЗАМИ

Кочарян Р. Х.
Гематологический центр МЗ РА

Цель настоящего исследования состоит в изучении характера иммунодепрессии, выявлении клинико-лабораторных признаков нарушенного функционирования иммунной системы у больных гемобластозами, установлении изменений микрофлоры у больных инфекционными поражениями легких в зависимости от степени иммунодепрессии. Материалы и методы: Обследованы 335 больных гемобластозами до и после проведения интенсивной химиотерапии. Определялись показатели гуморального иммунного статуса. У 62 больных проводили исследования на наличие серологических маркеров пневмоцистоза. Результаты и обсуждение: в результате проводимых исследований поражение легких выявлено в 42,9% случаев, частота инфекционных осложнений - 53% (75 больных). У больных без нейтропении чаще, чем у больных с нейтропенией, отмечалось выделение микрофлоры семейства Enterobacteriaceae Escherichia coli (соответственно 28 и 14).У больных с длительной и глубокой (PN<500/mm3) нейтропенией, возникающей вследствие гемобластоза и/или цитостатической терапии чаще регистрировались микроорганизмы: Pseudomonas auerogenosa - 8,3%, Staphilococcus aureus – 14.2%, St. epidermidis – 16.6%, Cocci Gram positive - 18%, Candida – 38%, Aspergillus fumigatus – 4%. Установлено, что антитела класса IgG обнаруживаются в среднем 67,5±4,4%, а IgM – в 38,6±4,5%, значительно уступающей контрольной группы. При нарушении гуморального иммунитета наблюдается увеличение частоты инфицирования Streptococcus pneumoniae (13%) и Haemophilis influenza (16.6%). Нарушение Т-лимфоцитарного звена системы иммунитета выявлено у больных туберкулезом легких и Pneumocystis carinii(по 6 случаев). Заключение: нарушения иммунологического статуса являются одним из факторов., способствующих повышению риска развитии инфекционных легочных осложнений у больных гемобластозами.

165. ЭНДОТЕЛИАЛЬНАЯ ДИСФУНКЦИЯ И ЕЁ КОРРЕКЦИЯ У БОЛЬНЫХ ХОБЛ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ.

Прибылов С.А., Прибылова Н.Н., Швец Е.В., Курбаков Н.Н., Гайсинская М.В.
Курский Государственный медицинский университет

Цель исследования - провести комплексную оценку функции эндотелия у 42 больных при сочетании ХОБЛ III ст и АГ, оценить эффективность лечения АГ и эндотелиальной дисфункции гипотензивными препаратами- ингибиторами АПФ (лизиноприл),

антагонистами кальция пролонгированного действия (дилтиазем) на фоне базисной терапии ХОБЛ. Материалы и методы: всем больным и в группе сравнения (20 больных ХОБЛ без АГ) выполнялась ЭХО допплерокардиография с исследованием внутрисердечной гемодинамики по рекомендациям ASE, проводилось определение уровня эндотелина-1 (набор Biomedica), изучение степени эндотелийзависимой вазодилатации плечевой артерии при проведении функциональных проб по Celermajer и соавт (1992). Результаты: мы выявили статистически значимое увеличение эндотелия у больных ХОБЛ без АГ (0,67±0,24 фмоль/л при норме 0,28±0,12 у здоровых). У пациентов ХОБЛ с АГ уровень эндотелина пятикратно превышал нормальные значения (1,55±0,2 фмоль/мл), у всех этих больных имела место постокклюзионная вазоконстрикция (% дилатации ПА составил 2,57±2,18, $p<0,05$) с низкими показателями систолической (43,11±1,45 см/сек), диастолической (14,91±1,04 см/сек) и объемной скорости кровотока (6,84±1,17 л/мин), а также повышенные значения резистивного индекса (5,48±0,35, $p<0,05$). В группе сравнения ХОБЛ без АГ нормальная функция эндотелия отмечена у 33% больных, у 67% имела место недостаточная постокклюзионная вазодилатация (% дилатации составил 5,89±1,09). Для лечения ХОБЛ с АГ наряду со средствами базисной терапии назначались дилтиазем (у 18 больных), и АПФ лизиноприл у 24 пациентов. Курсовое лечение в течение 3 недель выявило положительное влияние на эндотелиальную дисфункцию с нормализацией артериального давления при отсутствии негативного действия на функцию внешнего дыхания.

---

166. КОРРЕКЦИЯ ГЕМОДИНАМИКИ КОРАКСАНОМ ПРИ СОЧЕТАНИИ ХОБЛ С ИБС.

Прибылов С.А., Прибылова Н.Н., Алиуллин Р.А., Гайсинская М.В., Курбаков Н.Н.
Курский Государственный медицинский университет

При сочетании ХОБЛ с ИБС у больных при лечении могут возникнуть негативные эффекты при применении ß-блокаторов, ß2-агонистов, ИАПФ, теофиллинов.
Цель исследования: изучить эффективность кораксана (ивабрадина) в лечении больных ХОБЛ IIIст в сочетании с ИБС, стабильной стенокардией напряжения III ф. кл.
Материалы и методы: под наблюдением находилось 18 больных с микст патологией ХОБЛ и ИБС в возрасте от 52 до 71 года и группы сравнения больные с ХОБЛ (15 больных) и ИБС (16 больных). Всем больным проводилась в динамике допплерэхокардиография с исследованием внутрисердечной гемодинамики по рекомендациям ASE, функция внешнего дыхания, ЭКГ. Результаты: нами обнаружена выраженная легочная гипертензия у больных с сочетанной патологией (СДЛА=43,6±4,2 мм рт.ст, в группе сравнения с ХОБЛ III ст 33,4±2,4 и с ИБС 28,2±2,8 мм рт.ст), ухудшились показатели внешнего дыхания при микст патологии в виде снижения ЖЕЛ, ОФВ1, снижались показатели ФВЛЖ до 38,2±2,6% и ПЖ до 40,1±2,8, дистанция теста 6-минутной ходьбы, резко возрастали показатели ЧДД и ЧСС. Применение I-f-ингибитора кораксана по 5 мг в сутки в течении 12 дней на фоне скорректированной базисной терапии ХОБЛ и ИБС привело к достоверному снижению ЧСС с 118,2±8,4 до 72,4±4,3; депрессии СДЛА до 28,2±2,4 мм рт.ст., улучшению показателей диастолы (нормализация соотношения А/Е), не ухудшились показатели функции внешнего дыхания, отмечена хорошая антиангинальная (снижение частоты стенокардии с 8,2±2,1 до 2,1±0,5 в сутки) и по данным ЭКГ антиишемическая эффективность кораксана у 85% больных. Выводы: мониторинг показателей доказал, что ранее в включение кораксана уменьшает клинические проявления ХОБЛ и ИБС, снижает ЧСС, легочную гипертензию, устраняет диастолическую дисфункцию сердца, улучшает качество жизни больных.

167. КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЭФФЕРЕНТНЫХ МЕТОДОВ У БОЛЬНЫХ ПНЕВМОНИЕЙ НА ФОНЕ ХРОНИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ ПЕЧЕНИ.

Великая О. В., Провоторов В.М., Перфильева М.В. -1, Беседин И.Д., Зайцева Т.И., Панкова Г.Н., Шегида Ю.В.-2
Воронежская государственная медицинская академия-1, Городская клиническая больница скорой медицинской помощи №1, г.Воронеж-2

Цель: изучить влияние экстракорпоральной фармакологической модификации эритроцитарной массы (ЭФМЭМ) на показатели микроциркуляции, эндогенной интоксикации и интенсивность кашля у больных тяжёлой пневмонией (П) на фоне хронической патологии печени (хронический вирусный гепатит В, алкогольное поражение печени). У 57 (1 группа) и 55 больных (2 группа), сопоставимых по возрасту, полу, тяжести течения пневмонии сравнивали интенсивность кашля (ИК) с помощью туссографа ИКТ-1, спектр молекул средней массы (МСМ) и показатель микроциркуляции с помощью лазерного анализатора капиллярного кровотока ЛАКК-1 до и после 2 недель лечения. 1 группа получала общепринятое лечение со стандартным введением антибиотиков, во 2-ой группе проводилась ЭФМЭМ по запатентованной ранее методике (патент №2003106584/14(006956) от 11.03.03). Применение ЭФМЭМ сопровождалось нормализацией показателя микроциркуляции и спектра МСМ в более ранние сроки. ИК достоверно после лечения стала меньше, но различий между 1 и 2 групп не наблюдалось. Пребывание больных в стационаре 1 группы составило 24-26 дней, 2-ой - 29-31. Применение ЭФМЭМ способствовало улучшению клинической картины заболевания, сокращению сроков госпитализации.

168. КЛИНИКО-ДИАГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ ФОСФОЛИПИДОВ БРОНХИАЛЬНОГО СМЫВА У БОЛЬНЫХ ПНЕВМОНИЕЙ, ПРОТЕКАЮЩЕЙ НА ФОНЕ ХРОНИЧЕСКОГО ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА В.

Великая О. В., Провоторов В.М.-1, Селеменев В.Ф., Назарова А.А.-2
Воронежская государственная медицинская академия-1, Воронежский государственный университет-2.

Целью работы было исследование количественного и качественного состава фосфолипидного комплекса (ФЛК) бронхиального смыва у больных пневмонией (П), протекавшей на фоне хронического вирусного гепатита В (ХВГВ). Под наблюдением находилось 120 больных внебольничной П. В основную группу вошли 66 больных пневмонией, у которых заболевание протекало на фоне хронического вирусного гепатита В умеренной активности. Группу сравнения составили 54 пациента с П без ХВГВ. Контрольную группу составили 22 относительно здоровых человека. Всем пациентам дважды проводилась бронхоскопия: при поступлении и через 2 недели общепринятого лечения. Пациенты основной группы соответствовали пациентам группы сравнения по тяжести заболевания, возрасту и полу. Для определения фракционного состава ФЛК использовался метод тонкослойной хроматографии. Основным фосфолипидом сурфактанта является фосфатидилхолин (ФХ). В группе относительно здоровых пациентов его количество в бронхиальном смыве составило 68,5±2,5%. У пациентов группы сравнения при поступлении отмечалось достоверное ($p<0,05$) уменьшение его количества до 55,5±3,5%. В основной группе достоверно регистрировалось уменьшение величины ФХ до 37,1±1,8% ($p<0,05$). увеличение количества фосфатидилэтаноламина до 6,5±0,3% и повышение концентрации лизофосфатидилхолина до 8,9±2,5% ($p<0,05$).Через 14 дней лечения при повторном исследовании ФЛК бронхиального смыва в группе сравнения количество ФХ достигло практически нормальных показателей и достоверно от них не отличалось. В основной группе не смотря на увеличение количества ФХ в бронхиальном смыве, показатели оставались достоверно низкими. Нарушения в

фосфолипидном спектре бронхиального смыва у больных П с ХВГВ способствовали медленному разрешению воспалительного процесса в лёгких.

169. ПАТОЛОГИЯ МОЧЕВЫДЕЛИТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ У ГОСПИТАЛИЗИРОВАННЫХ БОЛЬНЫХ С ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИЕЙ

Шепеленко А. Ф., Путило В.М., Шепеленко Н.Д.
ГВКГ им. Н.Н. Бурденко, ММА им. И.М. Сеченова, 9 ЛДЦ МО РФ, Москва

Цель: изучение частоты, нозологической структуры, клинико-патогенетической группировки сочетанной патологии мочевыделительной системы (МВС) у больных внебольничной пневмонией (ВП) в интересах оптимизации их ведения в условиях пульмонологического отделения многопрофильного стационара.
Методом сплошной выборки в течение 2005-2006гг. в пульмонологических отделениях ГВКГ им. Н.Н. Бурденко отобрано и обследовано 308 больных ВП, составивших 2 группы наблюдения: 127 пациентов с ВП, сочетанной с разнообразной патологией МВС – основная группа; 181 больной без сопутствующих заболеваний органов мочевыделения – сравнительная группа. Методы диагностики: УЗИ, рентгенологическое, эндоскопическое (цистоскопия) и радиоизотопное исследование органов мочевыделения; общеклинические анализы крови и мочи, биохимические анализы сывороточной концентрации мочевины, креатинина и электролитов, анализы мочи по Нечипоренко и Зимницкому, проба Реберга, определение осмолярности плазмы и мочи с вычислением клиренса осмолярности. Отдельные нозологические формы выявлялись со следующей частотой: аденома предстательной железы – 52,0%, хронический пиелонефрит – 36,6%, инфекционно-токсическая нефропатия – 27,4%, кисты почек – 25,4%, мочекаменная болезнь – 17,2%, хронический цистит – 5,0%, хронический простатит – 3,8%, нефроптоз – 2,9%, рак предстательной железы – 2,4%, рак мочевого пузыря – 1,4%, ХПН – 3,9%, ОПН – 2,9%. Заболевания, патогенетически связанные с ВП, верифицированы в 15% случаев; патология МВС, предшествовавшая пневмонии, - в 85%. 8,7% больных с сочетанной патологии МВС (рак простаты и мочевого пузыря, хронический гломерулонефрит, пиелонефрит) после купирования основных синдромов острой фазы пневмонии и редукции легочной инфильтрации, были переведены в отделения урологического центра.

170. ВНЕБОЛЬНИЧНАЯ ПНЕВМОНИЯ И ЗАБОЛЕВАНИЯ ПИЩЕВАРИТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ

Шепеленко А. Ф., Иващенко В.А., Путило В.М., Дуганов В.К.
ГВКГ им. Н.Н. Бурденко, 2 ЦВКГ им. П.В. Мандрыка, ММА им. И.М. Сеченова, Москва

Цель: изучить частоту, нозологическую структуру, клинико-патогенетическую группировку патологических изменений желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) и панкреато-гепато-билиарной системы (ПГБС) у больных внебольничной пневмонией (ВП). Методом сплошной выборки в течение 2-х лет в условиях пульмонологической клиники ГВКГ им. Н.Н.Бурденко отобрано 2 группы наблюдения: 146 больных с внебольничной пневмонией, сочетанной с разнообразной патологией пищеварительной системы – основная группа; 157 больных внебольничной пневмонией без коморбидной патологии органов пищеварения – сравнительная группа. Мужчин и женщин в обеих группах было 95,9%\4,1% и 94,9%\5,1%. Средний возраст обследованных составил 51,9±4,9 и 34,5±3,5 лет соответственно. Средние сроки от начала ВП до госпитализации были 7,1±0,5 и 3,8±0,34 дней ($p<0,01$). По характеру пневмония была очаговой в 90,8% и 80,0% случаев, крупозной - в 9,8% и 20,0% наблюдений соответственно ($p<0,05$). Патология желудочно-кишечного тракта диагностировалась у 68,8% обследованных основной группы, заболевания гепато-билиарной системы и поджелудочной железы – в половине наблюдений. У 18,8% больных основной группы диагностировалась сочетанная

патология ЖКТ и ГБС. Отдельные нозологические формы выявлялись со следующей частотой: хронический гастродуоденит – 31,3%, язвенная болезнь 12 перстной кишки – 31,3%, язвенная болезнь желудка – 6,3%, желчекаменная болезнь – 21,9%, дискинезия желчевыводящих путей – 6,3%, хронический панкреатит – 6,3%, стеатогепатоз – 6,3%, хронический бескаменный холецистит – 4,7%, гемангиома печени 2,3%. обострение патологии органов пищеварения к моменту госпитализации либо в ходе лечения ВП отмечалось в 21,1% случаев. Средняя длительность лечения больных составила соответственно 20,1±1.9 и 14,7±1,3 дней ($p<0,01$).

171. ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ БАЗИСНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ У ДЕТЕЙ ПУТЕМ ОПРЕДЕЛЕНИЯ УРОВНЯ ОКСИДА АЗОТА В ВЫДЫХАЕМОМ ВОЗДУХЕ (NO_{EX})

Цыпленкова С.Э., Мизерницкий Ю.Л.
ФГУ «МНИИ педиатрии и детской хирургии Росмедтехнологий», Москва

Обследовано 316 детей (5-18 лет), больных бронхиальной астмой (БА) различной степени тяжести. Стандартное клинико-лабораторное и инструментальное обследование включало также измерение уровня NOex с помощью хемилюминесцентного газоанализатора 280i (Sievers, США) в режиме on-line. За норму были приняты показатели NOex у 30 здоровых (без атопии) детей того же возраста - 14,8±1,4ppb. У детей с БА уровень NOex был значимо повышен как в период обострения (65,3±3,4 ppb), так и в ремиссии (34,9±2,4 ppb), составив в среднем 52,1±4,6 ppb. Выявлена корреляция между уровнем NOex и степенью тяжести БА ($r=0,33$; $p<0,05$), частотой приступов удушья ($r=0,32$; $p<0,05$), уровнем общего IgE ($r=0,35$; $p<0,05$) в крови. Сочетание высокого уровня NOex и повышенного уровня общего IgE в крови указывало на атопическую (IgE-обусловленную) природу заболевания и, как мы убедились, позволяло прогнозировать высокую эффективность базисной терапии глюкокортикостероидами (ГКС). Мониторинг уровня NOex у таких больных позволял ускорить подбор минимально эффективной дозы ГКС и достижение хорошего контроля над заболеванием. В то же время у ряда детей с частыми обострениями среднетяжелой (у 7) или тяжелой (у 7) БА, имевших характерный анамнез, выраженные клинико-функциональные изменения, наследственную отягощенность по атопии при нормальном или слегка повышенном уровне IgE (7÷62мЕ/мл) в крови в сочетании с высоким содержанием ЦИК (0,122÷0,231 ед.опт.пл.; норма до 0,110) и преципитирующих антител (1:2÷1:8), уровень NOex был нормальным или слегка увеличенным (13,2±2,6 ppb), а стандартные схемы лечения - малоэффективными. Всё это позволяло предполагать преобладание в генезе заболевания у этих детей аллергических реакций III (иммунокомплексного) типа, в связи с чем мониторинг уровня NOex у этих детей был малоинформативен.

Вакцинопрофилактика

172. ПРИМЕНЕНИЕ ПНЕВМОКОККОВОЙ ВАКЦИНЫ СРЕДИ ВОЕННОСЛУЖАЩИХ

Жоголев С.Д., Огарков П.И., Жоголев К.Д., Сологуб Т.С., Колесников В.В., Щипицин К.С., Поляков А.С.
Военно-медицинская академия, г.Санкт-Петербург

Цель: изучение эпидемиологической и иммунологической эффективности полисахаридной 23-валентной пневмококковой вакцины у военнослужащих по призыву в период с 1999 г. по 2001 г. и оценка ее широкомасштабного применения в период с 2002 по 2006 гг. Показано, что пневмококковая вакцина стимулирует как специфический, так и

неспецифический иммунитет. При выборочной вакцинации военнослужащих по призыву в различных регионах страны в период с 1999 по 2001 гг. среди привитых заболеваемость пневмониями оказалась в среднем в 3 раза ниже, чем среди непривитых. Эффективность вакцины в этих регионах составила 62,1-73,5%. При заболевании пневмониями, болезнь у привитых протекала значительно легче, чем у непривитых. Среди привитых отсутствовали тяжелые формы течения пневмоний и не было осложнений, а средняя продолжительность болезни была на 6 дней короче. С 2002 г. пневмококковая вакцина в войсках стала применяться более широко. В ноябре-декабре 2002 г. было привито около 20% военнослужащих из числа молодого пополнения. На фоне проведенной вакцинации заболеваемость пневмониями в 2003 г среди военнослужащих по призыву Сухопутных войск (СВ) снизилась на 23%. В 2003 г. вакцинация Пневмо 23 не проводилась и в 2004 г. заболеваемость вновь возросла почти до уровня 2002 года. В ноябре 2004 г. и 2005 г. вновь проведена частичная вакцинация прибывшего пополнения и в 2006 гг. было достигнуто снижение заболеваемости пневмониями военнослужащих СВ на 20,3% по сравнению с 2004 г. Чем был больший охват прививками военнослужащих в различных регионах, тем было большим снижение заболеваемости пневмониями.
Таким образом, вакцина Пневмо 23 является эффективным средством профилактики внебольничных пневмоний в воинских коллективах. Необходим полный охват вакцинацией пополнения военнослужащих.

173. ЭФФЕКТИВНОСТЬ ВАКЦИНАЦИИ ПНЕВМО-23 ДЕТЕЙ С ЛАТЕНТНОЙ ТУБЕРКУЛЕЗНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ В СОЧЕТАНИИ С ХРОНИЧЕСКИМИ И/ИЛИ РЕЦИДИВИРУЮЩИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЛОР-ОРГАНОВ

Кулькина В.Ф. -1, Козлов Н. В. -1, Шахматинова И.В- 1, Тропина Е.П. -1, Георгиева В.В. - 1, Чантурия З.И.- 2
ГЛПУ ТО Детский противотуберкулезный санаторий Верхний Бор 1, ГЛПУ ОКБ№2 2

Цель исследования: изучить влияние вакцинации Пневмо-23 на эффективность превентивной терапии латентной туберкулезной инфекции детям с хроническими и/или рецидивирующими заболеваниями ЛОР-органов. Изучения влияния проведено в группах. Первая группа - 162 ребенка от 3-х до 15-ти лет с латентной туберкулезной инфекцией, вакцинированные в эпидсезон 2005-2006 гг. Пневмо-23 и Ваксигрипом. Вторая группа, аналогичная по возрасту и нозологии, - 184 ребенка, вакцинированные только Пневмо-23 в 2006 году. Контрольная группа из 180 детей с латентной туберкулезной инфекцией, получивших аналогичное обследование и лечение в 2005 году, без вакцинации. Перед вакцинацией и химиотерапией проведено полное клинико-параклиническое (включая ЛОР-осмотр), бактериоскопическое и рентгенологическое обследование, отсутствовали признаки туберкулезной интоксикации, локального туберкулезного процесса. Вакцинация проведена перед началом химиотерапии или в первую неделю превентивного лечения. На ближайший период наблюдения (в среднем, 3,5 месяца лечения в специализированном санатории) по анализу заболеваемости острым средним отитом, бактериальным синуситом, острыми респираторными инфекциями - индекс эффективности (ИЭ) вакцинации Пневмо-23 и Ваксигрипа составил 2,3, ИЭ вакцинации Пневмо-23 - 1,9. В группе детей дошкольного возраста, которых в группах исследования было соответственно 38, 49 и в контрольной группе 45, ИЭ вакцинации Ваксигрипом и Пневмо-23 составил 3,2, ИЭ вакцинации Пневмо-23 - 2,9. отмечено сокращение сроков пребывания детей с хроническими и рецидивирующими заболеваниями ЛОР-органов, в среднем, на 10% при проведении вакцинации Пневмо-23 и на 18% при вакцинации против гриппа и пневмококковой инфекции.

174. ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПНЕВМО-23 У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЛЕГКИХ

Игнатова Г.Л., Степанищева Л.А., Федосова Н.С., Дроздов И.В.
ГОУ ДПО Уральская Государственная Медицинская Акдемия Дополнительного Образования Росздрава, кафедра терапии, фтизиопульмонологии и профпатологии

Цель: оценить эффективность вакцинации (В) пневмо-23 пациентов (П) с ХОБЛ и хроническим простым бронхитом (ХПБ). В 2005 году проведена иммунизация вакциной «Пневмо 23» 243 человек (Ч), работающих на машиностроительном предприятии. При проведении В у 4 Ч из 102 (3,9%) отмечена местная реакция в виде покраснения в месте инъекции. Через год и 1.5 года обследованы повторно 102 Ч, из них 64 П с ХОБЛ и 38 - с ХПБ. После В П отметили уменьшение кашля, отделения мокроты. Через год в группе провакцинированных П с ХОБЛ частота обострений (О) снизилась в 2,4 раза, составила 1,11 на 1 привитого, в контроле (К) - 2,6 ($p < 0,01$). Длительность 1 О снизилась в 1,78 раз, была 7,91 дней на 1 привитого, а в К - 14,6 дней ($p < 0,01$). У провакцинированных женщин с ХПБ частота О снизилась в 3,6 раз и была 0,68 на 1 привитую, а в К – 1,9, ($p < 0,01$). Длительность О снизилась в 1,6 раз и составила 6,93 дня на 1 привитую женщину, в К - 13,3 дня ($p < 0,01$). Через 1.5 года в группе провакцинированных П с ХОБЛ частота О снизилась в 2,2 раза, была 1,3 на 1 привитого, а в К - 2,6 ($p < 0,01$). Длительность 1 О снизилась в 1,2 раза, составила 10,1 дней на 1 привитого, а в К – 14,6 дней ($p < 0,01$), частота заболеваемости ОРЗ снизилась в 2,1 раза, составила 0,9 на 1 привитого, а в К -1,9 ($p < 0,01$). Достоверное снижение частоты и длительности О после В обнаружено у П со второй стадией ХОБЛ. У провакцинированных П с ХПБ частота О снизилась в 2,5 раз и была 1,03 на 1 привитого, а в К – 1,9 ($p < 0,01$). Длительность О снизилась в 1,1 раз и составила 10,9 дня на 1 привитого, а в К – 13,3 дня (при $p < 0,01$). Частота заболеваемости ОРЗ снизилась в 2,3 раза, составила 1,1 на 1 привитого, а в К -2,1.Таким образом, полученные результаты подтверждают эффективность применения вакцины «Пневмо-23» у пациентов

175. МЕДИКАМЕНТОЗНАЯ ПРОФИЛАКТИКА ВТОРИЧНОЙ ИММУННОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У ДЕТЕЙ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

Балаболкин И. И., Булгакова В. А., Сенцова Т. Б., Курбатова Е. А.
ГУ Научный центр здоровья детей РАМН

Важным звеном патогенеза бронхиальной астмы в детском возрасте является развитие у ряда пациентов признаков вторичной иммунной недостаточности. Более 70% детей с аллергическими болезнями в течение года от 4 до 8 раз переносят острые респираторные инфекции (ОРИ), что позволяет отнести их к группе часто болеющих детей. С целью профилактики ОРИ и обострения очагов хронической инфекции носоглотки 30 детям был проведен месячный курс терапии иммуномодулятором со свойствами вакцины ИРС19 эндоназальным способом. Использование ИРС19 способствовало снижению частоты интеркуррентных ОРИ у детей в 2 раза, обострений бронхиальной астмы в 1,3 раза, обострений хронической инфекции верхних дыхательных путей в 3 раза. На фоне лечения ИРС19 отмечалось повышение содержания компонентов IgA в слюне, повышение концентрации IgG и тенденция к снижению уровня IgE в сыворотке крови. Исследование состава микрофлоры носоглотки у больных бронхиальной астмой детей показало, что количество патогенной флоры после лечения ИРС19 снизилось. 45 детей с бронхиальной астмой прошли курсовое лечение поликомпонентной бактериальной вакциной иммуновак ВП-4. Применение иммуновак ВП-4 сопровождалось снижением частоты и тяжести обострений бронхиальной астмы у 71 % детей, урежением частоты сопутствующих ОРИ в 2,9 раза. После завершения лечения иммуноваком ВП-4 у детей с бронхиальной астмой наблюдалось достоверное снижение содержания IL-4, IL-5, TNF-α, повышение уровней sIL-2R и IFN-γ. Отмечались изменения в клеточном звене иммунитета в виде повышения содержания CD4+. Свидетельством стимуляции иммунного ответа на лечение

иммуноваком ВП-4 явилось достоверное повышение исходно сниженных титров гемагглютининов к бактериальным антигенам, входящим в состав препарата.

176. ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКИ, ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ У ВОЕННОСЛУЖАЩИХ-НОВОБРАНЦЕВ, ПРИВИТЫХ ВАКЦИНОЙ «ПНЕВМО-23»

Шепеленко А. Ф., Степанченко А.В.
ГВКГ им. Н.Н. Бурденко, Москва, 1472 ВМКГ им. Н.И. Пирогова, Севастополь

Цель: изучить особенности клинического течения, диагностики и лечения внебольничных пневмоний (ВП) у новобранцев, привитых поливалентной пневмококковой вакциной «Пневмо-23», в интересах оптимизации диагностической и терапевтической тактики их ведения в условиях пульмонологического стационара многопрофильного лечебного учреждения. В условиях пульмонологического отделения 1472 ВМКГ в течение 2004-2006гг. методом сплошной выборки отобраны и обследованы 168 новобранцев, привитых вакциной «Пнвмо-23» производства фирмы Авентис Пастер (Франция) в течение недели после прибытия на ЧФ и, тем не менее, заболевших ВП – основная группа наблюдений. Сравнительная группа - 143 военнослужащих-новобранцев, больных ВП, не подвергавшихся профилактической прививке. Все обследованные до развития пневмонии были признаны годными к военной службе и не имели сопутствующих заболеваний. Характерными клиническими проявлениями ВП в обеих группах были кашель с мокротой, слабость, лихорадка, торакалгия, головная боль, озноб. Вместе с тем, выявлены достоверные отличия. У пациентов основной выборки вдвое чаще развитию пневмонии предшествовали ОРЗ (49,4% и 20,2%, $p<0,01$). В основной группе преобладал слизистый характер мокроты (37,5% против 14,6%, $p<0,001$), в то время как в сравнительной группе мокрота чаще была гнойной и слизисто-гнойной (41,6% против 68,3%, $p<0,05$). Такие проявления синдрома воспалительной интоксикации, как гипотония, выраженная тахикардия также достоверно чаще определялись в сравнительной группе ($p<0,05$). Мультилобарная инфильтрация с поражением 3 и более сегментов также достоверно чаще встречалась в группе сравнения (7,6% против 22,4%, $p<0,01$). В целом, в группе привитых было зафиксировано достоверно большее число случаев нетяжелого течения ВП (91,1% и 81,2%, $p<0,01$).

177. ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ОТЕЧЕСТВЕННОГО ПРЕПАРАТА ИММУНОМАКС У ПОДРОСТКОВ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ (БА)

Булгакова В.А., Соснина О.Б., Балаболкин И.И., Сенцова Т.Б., Катосова Л.К., Зубкова И.В.
ГУ Научный центр здоровья детей РАМН

Цель: изучение эффективности препарата иммуномакс у подростков с БА. Методы исследования: наблюдались 30 подростков с БА средней степени тяжести и частыми респираторными инфекциями (РИ) в возрасте 12-16 лет. В комплексном лечении 10 из них наряду с базисной противовоспалительной терапии (кромонами, ингаляционными ГКС), антигистаминными препаратами (эриус, зиртек) применяли иммуномодулятор иммуномакс (кислый пептидогликан растительного происхождения). Препарат вводился внутримышечно в дозе 100 мг с интервалом 1-2 дня, на курс 3 инъекции. Остальные 20 пациентов составили группу сравнения. Результаты: помимо частых РИ, сопровождающихся обострением БА, все пациенты имели сопутствующие хронические инфекционные заболевания верхних дыхательных путей. У всех БА сопровождалась аллергическим ринитом, у 4 подростков основной группы и 11 пациентов группы сравнения – атопическим дерматитом, у всех была выявлена пищевая аллергия. Вирусологическое обследование обнаружило персистенцию респираторных вирусов и

возбудителей оппортунистических инфекций (герпесной, микоплазмоза, хламидиоза, ЦМВ), микробиологическое исследование выявило интенсивную микробную колонизацию слизистых оболочек носоглотки S. aureus, H. influenzae, St. pyogenes, St. pneumoniae, Candida alb. 6-месячные наблюдения после иммунотерапии показали снижение заболеваемости инфекциями носоглотки в 2 раза - с 4,9±0,7 до 2,3±0,5 раз в год ($p<0,05$), повышение функциональной активности моноцитарно-макрофагальной системы, увеличение продукции секреторных IgA, активацию гуморального и клеточного иммунитета, снижение персистенции инфекционных агентов в слизистой носоглотки. Заключение: иммуномодулирующий препарат иммуномакс может быть рекомендован в комплексной терапии подростков с БА.

Вегетативная нервная система и болезни органов дыхания

178. ОСОБЕННОСТИ «ЯЗЫКА ОДЫШКИ» У БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ, СОЧЕТАЮЩЕЙСЯ С ГИПЕРВЕНТИЛЯЦИОННЫМ СИНДРОМОМ И ПСИХОГЕННОЙ ПРОВОКАЦИЕЙ ПРИСТУПОВ

Вишневская О. В.-1, Овчаренко С.И. -1, Дробижев М.Ю. -2
ММА им. И.М.Сеченова, Москва - 1, Научный центр психического здоровья РАМН, Москва - 2

Гипервентиляционный синдром (ГВС) у больных бронхиальной астмой (БА) встречается довольно часто и нередко сопровождается психогенной провокацией приступов (ППП). Недооценка роли ГВС и ППП у больных БА может привести к гипердиагностике её обострений, неоправданному усилению противоастматической терапии.
Цель настоящего исследования - выявление и анализ особенностей «языка одышки» у больных БА с ГВС и ППП в сопоставлении с больными БА без ГВС и ППП.
Клинико-психопатологическим методом обследован 101 больной БА (63жен.,38муж.; возраст-44±1,2года, длительность БА-8,9±1,1г.). Основную группу составили 46 больных БА с ГВС и ППП (30жен.,16 муж.; возраст-44,6±1,7г., длительность БА-9,7±2,3г.); в группу сравнения вошли 55 больных БА без ГВС и ППП (33жен.,22 муж.; возраст-44,1±1,7г., длительность БА-8,4±1,3г.). Всем больным проводилось клинико-психиатрическое обследование и психометрическое тестирование с использованием собственного оригинального опросника («Пульмонология», 2002г., №11, С.6-8), для обнаружения симптомов ГВС. Полученные результаты сравнивались и анализировались для выявления особенностей «языка одышки» у больных основной группы.
Установлено, что в группе сравнения преобладает затруднение выдоха, а в основной преимущественно вдоха. Это связано с появлением чувства «кома в горле» - 62%, преграды, «заслонки» - 23% в дыхательных путях, ощущением «пустого дыхания» - 18,3%. В этой группе чаще встречается кашлевая астма 28% (против 4%, $p=0,0005$).
ГВС и ППП у больных БА накладывает характерный отпечаток на проявления одышки, что может найти своё отражение в изменении её «языка». Именно эта категория больных нуждается в применении психотропных средств, а также в проведении как коллективного, так и индивидуального обучения в стационарах и астма - школах.

179. ОСОБЕННОСТИ ВЕГЕТАТИВНОЙ РЕГУЛЯЦИИ СЕРДЕЧНОГО РИТМА ПРИ НЕТЯЖЁЛОМ ТЕЧЕНИИ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ

Зулкарнеев Р.Х., Загидуллин Ш.З., Бакирова В.Э., Усатова О.С., Хафизов Н.Х.
Башкирский государственный медицинский университет

Цель: изучить особенности вегетативной регуляции сердечного ритма при внебольничной пневмонии (ВП) в сравнении со здоровым и людьми. Материал: 73 больных ВП средней

тяжести (ВПс), и 48 чел. в контрольной группе (КГ). Обследование проводилось в 1-ые сутки госпитализации. Методы: анализировалась вариабельность сердечного ритма (ВСР) на основе 10-мин. записей ЭКГ с помощью аппаратно-программного комплекса. Результаты: У больных ВПс в сравнении с КГ была повышена ЧСС (77,7±1,4/мин. и 91,5±1,8/мин., p<0,01) и снижено SDNN на 39,7% (КГ - 46,4±1,8 мс, ВПс - 28,0±2,1 мс, p<0,01), коэффициент вариации сердечного ритма CVNN (КГ - 5,9±0,2%, ВПс - 4,0±0,2%, p<0,01) и MRSSD на 45,7% (КГ - 27,5±1,8 мс, ВПс -15,2±1,8мс, p<0,01). В группах ВП энтропия сердечного ритма ApEnNN 0,95±0,03 была ниже в сравнении со здоровыми лицами 1,13±0,02, что свидетельствует о меньшей сложности процесса.
В группе ВПс по сравнению с КГ существенно меньше общая спектральная мощность Ptotal на 62,5% (здоровые - 1773±171 мс2, ВПс - 664±99 мс2, p<0,01), спектральная мощность низкочастотного диапазона LF - на 76,7% (КГ - 743±73 мс2, ВПс -173±23 мс2, p<0,01) и спектральная мощность высокочастотного диапазона HF, отражающая дыхательную аритмию - на 59,0% (КГ - 468±68 мс2, ВПс -191±38 мс2, p<0,01). Выводы: у больных с нетяжёлым течением внебольничной пневмонии существенно снижена вегетативная модуляция сердечного ритма.

180. ИСПОЛЬЗОВАНИЕ НЕМЕДИКАМЕНТОЗНЫХ МЕТОДОВ В КОРРЕКЦИИ НЕЙРОВЕГЕТАТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ (НР)

Марченко В. Н., Трофимов В.И., Дидур М.Д., Ламден Ю.А., Мурзин Г.Н.*
СПбГМУ им.акад.И.П.Павлова, Русская Высшая остеопатическая школа*

Коррекция НР является сложной задачей и требует применения немедикаментозных методов, что определяется состоянием вегетативной нервной системой (ВНС). Состояние ВНС оценивали по анализу вариабельности сердечного ритма у 80 здоровых (ЗД, 36 М/44 Ж, ср. возраст 32±2,7 года) и 128 больных БА (54 М/74Ж, ср. возраст 40±2,6 года). Больные БА имели низкие значения TP, VLF, LF, HF и более высокие значения IC и SNCA (p=0,001). У БА отмечено смещение симпатовагусного баланса (LF/HF) в сторону симпатикотонии (ЗД-1,52 ± 0,11 у.е.,БА-2,14 ± 0,14 у.е, p=0,001). Анализ LF/HF показал, что обе группы гетерогенны с преобладанием лиц с нормотоническим типом регуляции. У ЗД число симпатотоников равнялось числу ваготоников (по 25%), а у больных БА симпатотоников было в 2 раза больше, чем ваготоников (32% и 16%). Биокоррекция кардиореспираторного паттерна (БКП) была выполнена 12 ЗД и 48 БА. 10-дневный курс характеризовался симпатизацией с изменением показателей центрального звена регуляции (IC, SNCA), гармонизацией симпатовагусных отношений у больных БА. 7-дневный курс терапии (43 ЗД/ 48 БА) дыханием с положительным осцилляторным экспираторным давлением (ПОЭД) характеризовался парасимпатическим эффектом с влиянием на периферические контуры (LF,HF) регуляции, синхронизацией симпатовагусного баланса. Курс остеопатического воздействия (25 ЗД/32 БА) у ЗД не оказывал влияния на контуры регуляции, но была отмечена гармонизация регуляторных процессов. У больных БА выявлена активация (на 34%) всех контуров регуляции (TP, VLF, LF, HF, IC, SNCA) с парасимпатическим эффектом (p=0,01) и гармонизацией нейровегетативных изменений. Т.о., БКП, ПОЭД и остеопатическое воздействие гармонизируют симпатовагусные взаимоотношения и могут быть рекомендованы в комплексе терапевтических мероприятий у БА.

181. АКТИВАЦИЯ СИМПАТОАДРЕНАЛОВОЙ СИСТЕМЫ ПРИ ХОБЛ

Рябова А.Ю., Кириллов С.М., Кириллов М.М., Шаповалова Т.Г., Пименов А. В., Смоляк С.Б., Минченко И.И.
Военно-медицинский институт, Саратов

Целью работы явилась оценка вегетативной регуляции сердца у больных ХОБЛ.

Обследовано 54 больных работоспособного возраста в периоде начала ремиссии заболевания. Изучались показатели ФВД, стандартные временные и спектральные характеристики вариабельности ритма сердца (ВРС). У больных ХОБЛ легкого течения выявлено достоверное ($p<0,05$) повышение активности обоих звеньев ВРС. Индекс равновесия ВРС не отличался от контрольного. В группе среднетяжелого течения обнаружено снижение активности парасимпатического звена ВР при неизмененной активности симпатического спектра изменяемости интервалов R-R синусового ритма. При этом, показатель динамического равновесия симпатической и парасимпатической систем увеличился. В группе тяжелого течения ХОБЛ существенных изменений спектра HF не было, обнаружено увеличение амплитуды спектра LF, что свидетельствовало об увеличении активности симпатического звена. В результате тенденция изменения баланса внутри ВРС в сторону симпатического звена сохранялась. В группе крайне тяжелого течения обнаружено снижение общей мощности спектра, соотношение LF/HF было достоверно ($p<0,05$) выше, чем в предыдущих группах. Полученные данные свидетельствовали об общем снижении активности вегетативного влияния на ЧСС у больных с крайне тяжелым течением ХОБЛ при сохранении ведущей роли симпатического звена регуляции. Это свидетельствует о том, что активация симпатоадреналовой системы может быть одним из патогенетических звеньев в процессе ремоделирования сердечно-сосудистой системы.

Гиперреактивность дыхательных путей

182. СРАВНИТЕЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ РЕАКТИВНОСТИ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ ЧЕЛОВЕКА И КРЫСЫ.

Газизов Р.А., Галлямов Р.М., Хасанов Р.М.
Казанский Государственный Медицинский Университет

Цель: Целью настоящего исследования явилась оценка реактивности гладких мышц трахеи белых беспородных крыс и бронхов среднего калибра человека.
Материалы и методы: Проводили исследование реактивности гладких мышц (ГМ) трахеи крыс и бронхов человека с помощью механо-электрического преобразователя в изометрическом режиме. В эксперименте использовались кольца трахеи белых беспородных крыс, а также кольца бронхов среднего калибра человека. Изменение тонуса ГМ бронхов вызывали раствором карбахолина в кумулятивной технике в молярных (М) концентрациях от 10-7 до10-4 М. Результаты: Получили, что амплитуда сокращения ГМ трахеи крыс выше в сравнении с амплитудой сокращения бронхов человека в концентрациях 10-6 до10-5 М. Заключение: Реактивность гладких мышц дыхательных путей крысы выше к карбахолину в сравнении с гладкими мышцами бронхов человека.

183. ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ГИПЕРРЕАКТИВНОСТИ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ У ЧАСТО БОЛЕЮЩИХ ДЕТЕЙ

Самсонова И.П.
ГУ Дальневосточный научный центр физиологии и патологии дыхания СО РАМН

Цель: Ранняя диагностика и немедикаментозная лечение гиперреактивности дыхательных путей у часто болеющих детей и подростков. Методы: Спирографически обследовано 66 часто болеющих детей и подростков с рецидивирующим бронхитом и бронхиальной астмой. У всех пациентов верифицирована гиперреактивность дыхательных путей после проведения ингаляционной пробы с дистиллированной водой. В комплексное лечение детей были введены 7-дневные ультразвуковые ингаляции с хлоридно-натриевой Константиновская-1 минеральной водой. Результаты: После проведения провокационной ингаляционной пробы с дистиллированной водой ОФВ1 уменьшился более, чем на 10% от

исходной величины, что указывало на имеющуюся гиперреактивность дыхательных путей. Все дети и подростки хорошо перенесли ингаляции с минеральной водой. У 80% детей исчезли клинические и спирографические показатели гиперреактивности дыхательных путей, после проведения провокационной пробы, рассчитанные в % от исходной величины (до лечения ΔФЖЕЛ=-7,42±1,05; ΔОФВ1=-11,04±1,37; ΔМОС50=-13,62±1,13; ΔМОС25=-13,86±1,16; после лечения – ΔФЖЕЛ=-4,53±0,83; ΔОФВ1=-7,14±0,72; ΔМОС50=-10,58±0,85; ΔМОС25=-9,91±0,89). Выводы: Ультразвуковые ингаляции дистиллированной водой - объективный тест для диагностики гиперреактивности дыхательных путей у детей. Ингаляции Константиновская-1 минеральной водой могут быть введены в комплексное лечение гиперреактивности дыхательных путей у часто болеющих детей и подростков.

184. ВЛИЯНИЕ ПРОБЫ ИЗОКАПНИЧЕСКОЙ ГИПЕРВЕНТИЛЯЦИИ ХОЛОДНЫМ ВОЗДУХОМ НА ВАРИАБЕЛЬНОСТЬ СЕРДЕЧНОГО РИТМА У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМИ БОЛЕЗНЯМИ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ

Прозорова А.В., Приходько А.Г., Ястребова В.А.
ГУ Дальневосточный научный центр физиологии и патологии дыхания СО РАМН

Цель: определить влияние пробы с изокапнической гипервентиляцией холодным воздухом (ИГХВ) на вариабельность сердечного ритма (ВСР) у больных хроническими болезнями органов дыхания. Методы: Проводилось исследование вариабельности сердечного ритма до и после стандартной 3-минутной пробы ИГХВ (-20°С). Рассчитывались амплитуда моды (Амо), среднее квадратичное отклонение (СКО), вариационный размах (Δх), индекс напряжения регуляторных систем (ИН). С этой целью обследовано 32 больных бронхиальной астмой и хроническим бронхитом (средний возраст 46,6±2,3 лет). Больные были разделены на 2 группы по наличию и отсутствию холодовой гиперреактивности дыхательных путей (ХГРДП). Результаты: У больных обеих групп исходные показатели ВСР существенно не различались между собой. Амо у больных с ХГРДП составила 59,5±8,2%, у больных без ХГРДП 59,1±4,3%; СКО 35,3±5,6 и 26,9±4,2 мс; Δх 155,3±37,5 и 116,7±12,0 мс; ИН 345,0±107,5 и 485,5±153,6 у.е., соответственно. В обеих группах у большинства больных преобладал симпатический тонус. После проведения пробы ИГХВ у больных с ХГРДП отмечалось существенное вагусное влияние на ВСР. Так, после пробы у больных с ХГРДП Амо достоверно снизилась в среднем до 39,8±6,9% ($p<0,05$), у больных без ХГРДП лишь до 49,3±4,6% (р>0Ю05); СКО возросло до 91,7±17,6 и 39,6±5,3 мс; Δх до 334,3±91,3, ($p<0,05$) и 163,7±21,6 мс; ИН снизился до 109,2±31,3 ($p<0,05$) и 312,5±92,8 у.е., соответственно. Заключение: У больных ХБОД с гиперреактивностью дыхательных путей проба ИГХВ оказывает выраженное вагусное влияние на ВСР.

185. ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ФОРМИРОВАНИЯ ГИПЕРРЕАКТИВНОСТИ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ БРОНХИТОМ

Прозорова А.В., Перельман Ю. М., Приходько А.Г.
ГУ Дальневосточный научный центр физиологии и патологии дыхания СО РАМН

Цель: Разработать способ прогнозирования гиперреактивности дыхательных путей у больных хроническим бронхитом. Методы: Проведено исследование респираторного теплообмена в покое и при задержке дыхания методом термометрии вдыхаемого-выдыхаемого носом и ртом воздуха. Обследованы 32 больных хроническим бронхитом в процессе естественного развития заболевания в течение 13,4±0,41 лет, средний возраст на момент повторного обследования 46,6±2,3 лет. Больные разделены на 2 группы по наличию или отсутствию холодовой гиперреактивности дыхательных путей (ХГРДП) при повторном исследовании. Результаты: На момент первичного обследования выявлено

достоверное снижение температуры выдыхаемого через нос воздуха до 31,7±0,22°С у больных с ХГРДП по сравнению с больными без ХГРДП (32,7±0,46°С, p<0,05) и разности температур вдыхаемого и выдыхаемого воздуха до 6,7±0,37°С (у больных без ХГРДП 8,7±0,56°С, p<0,05). Аналогичные данные получены при дыхании ртом и при пробе с задержкой дыхания. Построено дискриминантное уравнение, которое позволяет прогнозировать формирование холодовой гиперреактивности дыхательных путей при многолетнем естественном развитии хронического бронхита с учетом данных респираторного теплообмена: d=-1,314×ΔТн-1,299×ΔТр-0,647×Тзд, где ΔТн - разность температур вдыхаемого и выдыхаемого через нос воздуха; ΔТр - разность температур вдыхаемого и выдыхаемого через рот воздуха, Тзд - температура выдыхаемого через рот воздуха после задержки дыхания. Граничное значение дискриминантной функции -42,84, вероятность различия выборок 91,5%. Заключение: Используя параметры респираторного теплообмена можно прогнозировать формирование гиперреактивности дыхательных путей у больных хроническим бронхитом.

186. НЕЙРОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ КОРРЕЛЯЦИИ У БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ С ХОЛОДОВОЙ ГИПЕРРЕАКТИВНОСТЬЮ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ

Ермакова Е.В.
ГУ Дальневосточный научный центр физиологии и патологии дыхания СО РАМН

Цель: Изучить взаимосвязь электроэнцефалографических изменений с показателями церебральной гемодинамики и нарушениями реактивности дыхательных путей. **Материалы**: Обследовано 59 пациентов с легким течением БА, из них 44 больных с диагностированной холодовой гиперреактивностью дыхательных путей (ХГРДП) и 15 больных без признаков ХГРДП. **Результаты**: Выявлено, что у больных с ХГРДП имеется прямая корреляционная взаимосвязь мощности β-ритма в теменно-центральных областях головного мозга и реографического индекса бассейна правой позвоночной артерии r=-0,54÷-0,57 (p<0,05), в то время как у больных БА без ХГРДП отмечалась обратная корреляционная зависимость этих параметров. Анализ ЭЭГ и УЗДГ- оказателей позволил выявить множество статистически значимых корреляционных связей между мощностью α- и β-ритма с допплерографическими параметрами кровотока преимущественно интракраниального уровня, значительно превалирующие у больных с ХГРДП. Выявленные корреляции спектра мощности θ-ритма и кровотока по сосудам шеи имели место только у пациентов с ХГРДП, наиболее заинтересованными областями являлись теменные, центральные и задневисочные зоны мозга, а мощность θ-ритма зависела от максимальной систолической скорости кровотока по общей, внутренней и наружной сонным артериям и позвоночным артериям сегмента V3 (r=0,71÷0,91, p<0,01). Установлена тесная взаимосвязь мощности θ-ритма со скоростными показателями кровотока по сосудам основания головного мозга у больных с ХГРДП. **Заключение**: У больных БА с повышенной реакцией дыхательных путей на воздействие холодного воздуха изменения биоэлектрической активности головного мозга тесно взаимосвязаны с церебральной гемодинамикой, что свидетельствует о важной роли центральных механизмов регуляции в формировании синдрома холодовой гиперреактивности.

187. ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ СИНДРОМА ТРАХЕОБРОНХИАЛЬНОЙ ДИСКИНЕЗИИ

Шепеленко А. Ф., Громов М.С., Володько Л.Ф., Шепеленко Н.Д.
ГВКГ им. Н.Н. Бурденко, 9 ЛДЦ МО РФ, Москва; ВМедИ, Саратов

Синдром трахеобронхиальной дискинезии (ТБД) описан в отечественной литературе

более 25 лет назад как «пролапс трахеи», «экспираторный стеноз трахеи и бронхов». ТБД подразделяются на первичные вследствие врожденной дисплазии соединительной ткани, а также вторичные при хронических обструктивных заболеваниях легких, гиперреактивности бронхов, где кашель является одним из основных симптомов. Цель: изучение особенностей диагностики, дифференциальной диагностики и лечения синдрома ТБД у пациентов с бронхообструктивными заболеваниями и гиперреактивностью бронхов. В течение 5 лет в клиниках СарВМедИ наблюдали 207 больных с хроническими и острыми бронхообструктивными заболеваниями. У 53 из них (25,6%) выявлены признаки ТБД той или иной степени. Критериями верификации синдрома являлись данные ФВД и рентгенологического исследования. На спирографической кривой, выполненной в режиме форсированного выдоха, фиксировался дополнительный пик, отражавший преходящий экспираторный стеноз трахеи. Для скиалогической верификации использовалась методика рентгеноскопического исследования трахеи с контрастированием пищевода в боковой проекции в покое, на высоте вдоха, выдоха и при кашле. Дифференциальная диагностика первичной и вторичной ТБД позволяет избежать необоснованного назначения кортикостероидов при соединительнотканной дисплазии. Практически во всех 53 наблюдениях ТБД была эффективной терапия эреспалом и беродуалом в сочетании с дыхательной гимнастикой. Отмена отхаркивающих средств и назначение противокашлевых препаратов имела патогенетическое значение и вызывала улучшение самочувствия пациентов. Профилактика и лечение ТБД были направлены также на подавление присоединяющейся инфекции и восстановление тонуса мембранозной части трахеи.

Гнойные и деструктивные заболевания легких

188. КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОСТРЫХ АБСЦЕССОВ И ГАНГРЕН ЛЕГКИХ

Шойхет Я.Н.-1, Рощев И.П.-1, Заремба С.В.-1, Лиманов А.Е.-2, Мордвинов С.А.-2, Седов В.К.-2, Горбащенко Ю.Г.-1
Алтайский государственный медицинский университет - 1, Городская больница №5, г. Барнаул - 2

Цель исследования: улучшение результатов лечения острых абсцессов и гангрен легких. Проблема лечения острых абсцессов и гангрен легких остается актуальной до настоящего времени. В течение 1980-2006 г.г. в Алтайском краевом пульмонологическом центре находилось на лечении 2790 больных острым абсцессом и гангреной легкого. Мужчин было 2459 (88,1%), женщин – 331 (11,9%). Возраст больных колебался от 15 до 80 лет. Острые абсцессы без секвестрации были у 2383 (85,4%) больных, острые абсцессы с секвестрацией у - 181 (6,5%), гангрена легкого у - 226 (8,1%) пациентов. Наиболее частой причиной были острая пневмония – 2602 (93,3%) больных. Комплексное лечение острого абсцесса и гангрены легкого в клинике осуществляется на базе новых концептуальных подходов к патогенезу развития гнойно-некротической деструкции легкого и максимального восстановления органа и его функции, обеспечения условий для органосохраняющих операций. Программа лечения острого абсцесса и гангрены легкого включает меры в трех основных периодах развития процесса: I период – реанимации и интенсивной терапии; II период – консервативного лечения; III период – реабилитации. Во второй период обеспечивается максимальное сохранение органа и его функции путем эвакуации гноя, санации трахеобронхиального дерева и гнойных полостей, поддерживающей криоплазменно-антиферментной терапии. Всего прооперировано 238 (8,5%) пациентов. Полное и клиническое выздоровление наступило у 1965 (70,5%) больных, улучшение у – 721 (25,8%), умерли 104 (3,7%) пациентов.

189. ОСОБЕННОСТИ РАСПОЛОЖЕНИЯ И ТЕЧЕНИЯ ГНОЙНО-НЕКРОТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В ЛЕГКИХ

Самсонов К.В.
ГУ Дальневосточный научный центр физиологии и патологии дыхания СО РАМН

Цель: изучить особенности топического распределения и клинико-функционального течения абсцессов в легких. Методы: Обследовано 276 больных с гнойно-некротическими заболеваниями легких (ГНЗЛ) в возрасте от 19 до 63 лет с применением рентгенологического, реографического методов, а также радиоизотопного метода – для определения внесосудистой жидкости легких (ВЖЛ). Результаты: В правом легком (ПЛ) располагалось 64,2% абсцессов, в левом легком (ЛЛ) – 27,6%, в обоих легких – 8,2%. В верхней доле ПЛ – 20,1% в средней ПЛ – 17,6%, в нижней доле ПЛ – 26,3%, верхней доле ЛЛ – 19,3% в нижней доле ЛЛ – 16,7%. Крупных абсцессов (диаметр полостей более 6 см) было 23,3%. Отмечено выраженное снижение реографического показателя систолического кровенаполнения в нижней зоне правого легкого, где наиболее часто возникают абсцессы легких. Выявлена зависимость количества ВЖЛ от размера поражений легкого, так при абсцессе до 3 см в диаметре ВЖЛ=162,4±6,1 мл/м2, при гигантских абсцессах и гангрене легких – ВЖЛ=312,0±10,7 мл/м2. ГНЗЛ у 28% больных осложнялась эмпиемой плевры, гангреной легкого, легочным кровотечением, диссеминацией нагноительного процесса в легочной паренхиме. Выводы: Снижение кровотока в нижней доле правого легкого способствует наиболее частому возникновению здесь абсцессов легких. Количество внутрисосудистой жидкости легких растет прямо пропорционально величине деструктивного процесса в легких.

190. ПРИМЕНЕНИЕ ЛИМФОЛОГИЧЕСКИХ МЕТОДИК В ЛЕЧЕНИИ ОСТРЫХ АБСЦЕССОВ ЛЕГКОГО

Чикинев Ю.В. - 1,2; Дробязгин -1,2; Любарский М.С. - 3
1 - Областная больница г.Новосибирск; 2 - Государственный медицинский университет г.Новосибирск; 3 - ГУ НИИ Клинической и экспериментальной лимфологии СО РАМН г.Новосибирск

Цель исследования: Изучить влияние лимфотропной терапии на течение эндотоксикоза у больных абсцессами легких. Материалы и методы: Работа основана на анализе результатов обследования и лечения 15 больных абсцессом легкого, находившихся на стационарном лечении в отделении торакальной хирургии ОГУЗ ГНОКБ. Среди наблюдавшихся больных было 14 мужчин, 1 женщина в возрасте от 27 до 64 лет. Средний возраст пациентов составил 47,33 года. Средняя давность заболевания составила 32,41 дня. Всем пациентам проводились межостистые лимфостимулирующие инъекции с антибактериальным препаратом (цефалоспорин III поколения). Результаты лечения: Одним из достоверных критериев оценки общего состояния, отражающих степень и длительность интоксикации, является температурная кривая. К концу второй недели температура тела была нормальной у всех 15 больных. Включение в схему лечения больных абсцессом легкого лимфостимулирующих инъекций к 14 дню с момента начала лечения способствовало снижению уровня лейкоцитов, ЛИИ и гематологического показателя интоксикации. Статистически значимым является снижение лейкоцитоза, ЛИИ как на 7, так и на 14 день от начала лечения, снижение скорости оседания эритроцитов на 7 и 14 день. К 14 дню от момента поступления пациентов в стационар нормализация биохимических показателей крови произошла у 19 пациентов. При рентгенографии органов грудной клетки у 12 пациентов отмечено полное выздоровление.

Выводы:

1) Применение межостистых лимфостимулирующих инъекций при лечении абсцессов

легких приводит к усилению лимфодренажной функции легких.
2) Использование межостистых лимфотропных инъекций при абсцессах легких уменьшает выраженность эндотоксемии, что позволяет быстрее купировать воспалительный процесс в легочной ткани.

191. СЕПТИЧЕСКАЯ ПНЕВМОНИЯ У БОЛЬНЫХ НАРКОМАНИЕЙ

Нурмаков Д. А.
Казахский Национальный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова

Цель: изучить клинико-иммунологические особенности септической пневмонии у больных наркоманией и эффективность цитокинотерапии. Материалы и методы: изучены результаты лечения сепсиса у 19 больных наркоманией. Септическая пневмония выявлена у 12 (63,1%) наблюдаемых, в 3 (25%) случаях имелась деструкция легочной ткани с образованием множественных септических очагов. Иммунологические исследования включали фенотипирование основных субпопуляций лимфоцитов, определение функционально-метаболической активности нейтрофилов и основных параметров цитокинового звена иммунитета. В комплексе лечения у 7 (36,8%) пациентов использован рекомбинантный интерлейкин-1b - «Беталейкин» (г. Санкт-Петербург, РФ). Результаты: классические симптомы септической пневмонии (гемодинамические нарушения, лихорадка, кашель с гнойной мокротой и потрясающие ознобы) были не постоянными признаками или отсутствовали почти у 30% больных. В иммунограммах выявлен иммунодефицит с преимущественным дефектом Т-системы иммунитета, натуральных киллерных клеток и клеточных факторов неспецифической резистентности организма. На 2-3 сутки от начала цитокинотерапии отмечено улучшение состояния больных, уменьшение симптомов интоксикации, нормализация температуры тела, снижение лейкоцитарного индекса интоксикации, возрастание абсолютного количества лимфоцитов. Анализ иммунограмм показал возрастание абсолютного и относительного содержания Т-лимфоцитов экспрессирующих поверхностные маркеры CD3, CD4 и CD8; увеличение числа клеток несущих мембранные рецепторы к ИЛ—2 (CD25); увеличение функциональной активности нейтрофильных гранулоцитов. Заключение: септическая пневмония у больных наркоманией зачастую протекает атипично. Цитокинотерапия позволяет нормализовать основные показатели иммунитета и улучшить результаты лечения.

192. РЕЗЕРВЫ АДАПТАЦИИ У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМИ ДЕСТРУКТИВНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЛЕГКИХ

Курникова И.А., Осинцева В.В., Климентьева Г.И., Осинцева И.В
Ижевская государственная медицинская академия,
Республиканская клиническая больница г. Ижевск.

Цель: изучить резервы адаптации у больных острыми деструктивными заболеваниями легких (ОДЛ) и перспективность оценки адаптационных возможностей организма как прогностического критерия исхода заболевания. Материал и методы: было проведено обследование и лечение 41 пациента (возраст 53,7 6,9г) в пульмонологическом отделении Республиканской клинической больницы в период 2003-2007 г. Осложненное течение отмечено у 41,5% пациентов. Адаптационные возможности оценивались по показателям лейкограммы, особое внимание уделялось абсолютному числу лимфицитов (по Гаркави-Квакиной). Выделяли реакции стресса (РС), тренировки (РТ), спокойной активации (РСА), повышенной активации (ПСА) и переактивации (РПА). Результаты и обсуждение: при поступлении РС была у 13чел (34,1%), в последующем у них отмечено осложненное течение заболевания (2 чел. сепсис; 11 гнойный плеврит) и неблагоприятный исход болезни (у 11 чел - исход в хроническую деструкцию, 2 чел. сепсис). РТ определялась у

8 (19,9%) и РСА у 5 (12,2%) пациентов. У них отмечено осложненное течение в 3-х случаях и выздоровление (полное и клиническое) у 10 больных. В процессе лечения уменьшилось число пациентов с РС до 0, увеличилось - с РТ (22%) и РСА (19,5%). Изменились показатели РПА (с 7,3% до 17%) и РП (с 9,8% до 63,4%) частично за счет пациентов с РС, но также с РСА и РПА. Увеличение напряженности адаптационных показателей было отмечено, как реакция неблагоприятная и коррелировало с исходом острого процесса в хронический (r=0,68). Выводы: оценка адаптационных возможностей организма является доступным и объективным критерием не только тяжести состояния больного, но и исхода заболевания. Истощение адаптационных резервов ухудшает прогноз заболевания и требует применения метаболических корректоров на ранних стадиях заболевания.

Грибковые поражения легких

193. ЗНАЧЕНИЕ КАНДИДОЗНОЙ ИНФЕКЦИИ ПРИ НЕОСЛОЖНЕННОМ ОБОСТРЕНИИ ХОБЛ

Бегимбетова Р.С., Тулегенова Л. М.
Казахский Национальный медицинский университет им.С.Д.Асфендиярова кафедра последипломной подготовки, Алматы, Республика Казахстан

Амбулаторно пролечено 158 больных ХОБЛ легкой (ОФВ1/ФЖЕЛ < 70%; ОФВ1 > 80% от должных величин) и средней степени тяжести (ОФВ1/ФЖЕЛ <70%; 50% < ОФВ1< 80% от должных величин) с простым «неосложненным» обострением (НО): мужчин – 91, средний возраст – 51,1±13,4 года; женщин – 67, средний возраст – 50,7±15,9 лет . Цель: изучение наличия кандидозной инфекции в мокроте больных НО ХОБЛ. Бактериологическое исследование мокроты больных проводили классическими микробиологическими методами в соответствии с общепринятыми требованиями. При НО ХОБЛ: Candida albicans - 57 (36%), Streptococcus viridans- 10 (6,3%), Staphylococcus aureus- 8 (5,1%), Citrobacter coseri- 8 (5,1%), Staphylococcus epidermidis- 7 (4,4%), Streptococcus pyogenes-6 (3,8%), Streptococcus haemolyticus-6 (3,8%), Streptococcus pneumoniae-6 (3,8%) и другие. Наличие грибковой флоры у наших пациентов является следствием предшествовавшей антибиотикотерапии. В иммунограмме выявлено уменьшение CD3+-лимфоцитов: до лечения - 47,4±11,0%, после лечения у всех больных - 53,1±10,6%, включая пациентов с грибковой инфекцией. Динамика изменений CD4+ и CD8+-лимфоцитов аналогичная, вследствие этого не меняется иммунорегуляторный индекс. У больных ХОБЛ компенсаторно активируется гуморальное звено: увеличивается количество CD20+ лимфоцитов: 20,8±7,7%. Это можно расценивать как благоприятный вариант, так как недостающую функцию Т-звена будет выполнять В-звено. У больных увеличено количество нулевых клеток - 31,8±14,9, что показывает на имеющийся потенциал. Проведение терапии микосистом по 50 мг в течении 7 дней дало положительный результат. Выводы: При НО ХОБЛ в мокроте в 36% выделяется Candida albicans, сопровождающееся снижением показателей клеточного иммунитета. Терапия микосистом дает положительный результат.

194. СОДЕРЖАНИЕ ПРОПАГУЛ ПЛЕСНЕВЫХ ГРИБОВ В БИОАЭРОЗОЛЕ ВОЗДУХА ЖИЛЫХ ПОМЕЩЕНИЙ У ДЕТЕЙ, СТРАДАЮЩИХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ.

Горюнов А.В.-1, Лихачев А.Н.-2, Балаболкин И.И-1.
ГУ НЦЗД РАМН-1, МГУ им. М.В. Ломоносова-2.

Цель работы: определить содержание пропагул плесневых грибов в воздушной среде жилых помещений у детей, страдающих бронхиальной астмой. Объем и методы

исследования: исследована концентрация пропагул плесневых грибов в воздушной среде (методом седиментации на трех питательных средах: Сабуро, Чапик, Сусло–агар) жилищ 27 детей с бронхиальной астмой в возрасте от 3 до 15 лет в данный период – октябрь-январь. Учитывали количество колониеобразующих единиц после 2 суток инкубации при температуре 24 -26° С. Перерасчет концентрации колониеобразующих единиц (КОЕ) на 1 м³ воздуха проводим, исходя из данных (Г.Г. Жарикова, А.О. Козьмина, 2001г.). Результаты. При проведении микологического обследования у 15 больных бронхиальной астмой детей, в жилых помещениях (55%) которых, отмечалась повышенная влажность воздуха, выявлено увеличение уровня содержания гриба родов Penicillium до 11 100 КОЕ, Aspergillus до 2400 КОЕ, Mucor до 500 КОЕ, при этом увеличение концентрации Penicillium отмечалось в 65% случаев, Aspergillus – 25%, Mucor - 10%. Из общего числа детей с обнаруженным повышением концентрации пропагул плесневых грибов (15 пациентов), у 5 больных имело место тяжелое, у 7- среднетяжелое и у 3 – легкое персистирующее течение бронхиальной астмы. Проведение профи-лактических мероприятий, включая снижение повышенной влажности воздуха в квартирах, способствовало более легкому течению бронхиальной астмы. Выводы. Увеличение содержания пропагул плесневых грибов в биоаэрозоле жилых помещений даже в зимний период может быть одним из факторов, обуславливающим персистирующее течение бронхиальной астмы у детей.

Дыхательная недостаточность и интенсивная терапия

195. ВЛИЯНИЕ CPAP–ТЕРАПИИ НА БИОХИМИЧЕСКИЙ МАРКЕР РАСТЯЖЕНИЯ МИОКАРДА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА (BNP) У БОЛЬНЫХ С КАРДИОГЕННЫМ ОТЕКОМ ЛЕГКИХ.

Горбунова М.В. - 1, Татарский А.Р. - 2, Бабак С.Л. - 1, Голубев Л.А. - 1, Черапкин А.А. - 1
ФГУ НИИ Пульмонологии Росздрава - 1, ГОУ ВПО РГМУ Росздрава - 2.

Цель: Изучить влияние CPAP-терапии на биохимический маркер растяжения миокарда левого желудочка (BNP) у больных с кардиогенным отеком легких. Материалы и методы: В открытое проспективное нерандомизированное исследование включено 11 пациентов (8 мужчин, возраст 63,82+/-7,19 года) с острым кардиогенным отеком легких (Killip III класс, Forester II гемодинамическая группа). Концентрация BNP устанавливалась в плазме пациентов иммуноферментным методом с помощью набора реактивов «BNP-32» (Peninsula, CA, США) исходно, на 240 минуте, 1, 3, 7, 14 сутках с момента госпитализации. За верхнюю границу нормы BNP принималось значение равное 15,2 пг/мл. CPAP-терапию проводили с использованием аппаратов REM-Star (Respironics, USA) и лицевых масок Ultra Mirage (ResMed, Australia) с созданием постоянного положительного давления в дыхательных путях (CPAP = 7,3 +/- 1,2 см водн. ст.). Результаты: Исходно у всех пациентов выявлялись высокие уровни BNP (923,73+/-106,40 пг/мл). Пик концентрации был выявлен к 240 минуте вентиляции, к концу 1 суток отмечалось достоверное ($p<0,05$) снижение BNP в 1,2 раза, к 3 суткам BNP достоверно ($p<0,01$) снижался (411,09+/-40,26 пг/мл от исходных), на 7 сутки составлял 400,45+/-36,39 пг/мл, достигая к 14 суткам наблюдения значений 199,18+/-35,96 пг/мл. Заключение: Применение CPAP-терапии достоверно снижает концентрацию биохимического маркера растяжения миокарда левого желудочка (BNP) у пациентов с кардиогенным отеком легких.

196. ВЛИЯНИЕ CPAP–ТЕРАПИИ НА ПАРАМЕТРЫ ЦЕНТРАЛЬНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ У ПАЦИЕНТОВ С СИСТОЛИЧЕСКОЙ ДИСФУНКЦИЕЙ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА

ВСЛЕДСТВИЕ ОСТРОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА.

Горбунова М.В.- 1, Татарский А.Р.- 2, Бабак С.Л.- 1, Науменко Ж.К.- 1, Голубев Л.А.- 1
ФГУ НИИ Пульмонологии Росздрава - 1, ГОУ ВПО РГМУ Росздрава – 2

Цель: Исследовать влияние CPAP-терапии на параметры центральной гемодинамики у пациентов в остром периоде инфаркта миокарда. Материалы и методы: В открытое проспективное рандомизированное сравнительное исследование включен 21 пациент с острым трансмуральным инфарктом миокарда передней стенки. В процессе рандомизации в группу I вошло 10 пациентов (8 мужчин, возраст 62,60+/-8,09 года), в группу II (8 мужчин, возраст 63,82+/-7,19 года). Лечение второй группы комбинировалось с CPAP-терапией, которую проводили с использованием аппаратов REM-Star (Respironics, USA) и лицевых масок Ultra Mirage (ResMed, Australia) с созданием постоянного положительного давления в дыхательных путях (CPAP=7,3+/-1,2 см водн. ст.). ЭхоКГ и допплеровские режимы исследования проводили на аппарате MEGAS-ESAOTE (Model-7250, Италия) с использованием датчика частотой 3,5 МГц на 3, 7, 14 сутки. Гемодинамические показатели систолической функции ЛЖ (ФВ, КСО, КДО) определялись методом Simpson. Сердечный выброс определялся по интегралу линейной скорости легочного потока. Результаты: В группе II к 7 суткам происходило достоверное увеличение ФВ ЛЖ (36,96+/-5,01 от исходных 32,81+/-4,84 %), к 14 суткам ФВ ЛЖ=39,32+/-4,05 %. В группе I прирост данного показателя к 7 суткам составил лишь 2 %, а к 14 суткам =36,20+/-3,57 от исходных 33,40+/-4,60 %. К 14 суткам в группе II происходило достоверное ($p<0,05$) уменьшение КДО (122,09+/-10,57 от исходных 116,18±6,29 мл), уменьшение КСО (68,09+/-2,59 от исходных 81,00+/-2,32 мл), отмечалось увеличение УО (47,56+/-4,81, от исходных 39,94+/-5,39 мл). Заключение: Применение CPAP-терапии улучшает систолическую функцию левого желудочка у пациентов в остром периоде инфаркта миокарда, о чем свидетельствует достоверное улучшение параметров центральной гемодинамики.

197. ЭФФЕКТЫ ГЕЛИЙ-КИСЛОРОДНОЙ СМЕСИ НА ГЕМОДИНАМИКУ, ГАЗООБМЕН И ТРАНСПОРТ КИСЛОРОДА У БОЛЬНЫХ С ГИПЕРКАПНИЧЕСКОЙ ОДН.

Шогенова Л.В., Авдеев С.Н., Годяев М.Я., Чучалин А.Г.
ФГУ НИИ пульмонологии Росздрава. г. Москва

Цель исследования: изучение эффекта ингаляций гелий-кислородной смеси на легочное кровообращение, центральную гемодинамику, газообмен и транспорт кислорода у больных с гиперкапнической ОДН.

Материалы и методы: Обследовано 17 пациентов с обострением ХОБЛ (М=14, Ж=3, ср. возраст 65 лет±4 года) с гиперкапнической ОДН. Исследование гемодинамики и транспорта кислорода проводилось после катетеризации легочной артерии катетером Swan-Ganz. Больным последовательно с 60 мин. перерывом проводилась терапия HeO2 (30-40%) через аппарат «ГЕОФАРМ» и O2 терапия (30-40%) по 30 мин.

Результаты:

показатели исходно HeO2, O2,
ЛАД 37 ± 2 , 30 ± 2* , 35 ±1*,
ОЛС 245 ±1 8, 163 ±20, 212 ± 12*,
Cl 4.1± 0.3, 4.9 ± 0.2, 4.2 ± 0.2*,
DO2 559 ±123, 896 ± 141, 797 ± 132,
PO2 42 ± 4, 62 ± ±3*, 60 ± 4*,
PCO2 68 ± 8 63 ± 7* 70 ± 7*.

Выводы: Применение HeO2 смеси значительно улучшает гемодинамику, газообмен, транспорт кислорода и является эффективным способом коррекции ОДН у больных ХОБЛ

198. ЭФФЕКТЫ ГЕЛИЙ-КИСЛОРОДНОЙ СМЕСИ НА ЦЕНТРАЛЬНУЮ ГЕМОДИНАМИКУ И ТРАНСПОРТ КИСЛОРОДА У БОЛЬНЫХ С ОДН НА ФОНЕ ИБС ВО ВРЕМЯ НЕИНВАЗИВНОЙ ВЕНТИЛЯЦИИ ЛЕГКИХ.

Шогенова Л.В., Годяев М.Я., Бабак Д.Л., Науменко Ж.К., Татарский А.Р., Авдеев С.Н., Чучалин А.Г.
ФГУ НИИ пульмонологии Росздрава. г. Москва

Цель: Изучение эффективности использования гелий-кислородной смеси у больных с ОДН на фоне ИБС во время неинвазивной вентиляции легких.
Материалы и методы: Обследовано 15 пациентов с обострением ХОБЛ на фоне ИБС, во время CPAP терапии. Исследование гемодинамики и транспорта кислорода проводилось после катетеризации легочной артерии катетором Swan Ganz. Больным последовательно, с 60 мин. перерывом, проводилась терапия O2 (30%), HeO2 (O2/He=30/40%), CPAP, CPAP+HeO2 (O2/He=30/40%) в течении 30 мин.
Результаты: Исходно O2 , HeO2, CPAP, CPAP>+HeO2
ЛАД 55±1, 53±3, 45±2, 34±3 29±2,
ОЛС 255±12, 178±12, 189±10, 195±10, 195±10,
CI 2.02±1, 1.72±2, 3.31±2, 2.25±2, 2.27±2,
DO2 652±112, 694±122, 935±111, 987±122, 1031±111,
pO2 45±4, 53±4, 61±3, 65±3 72±2,
pCO2 68±3, 70±2, 62±5, 61±3 58±5
Выводы: Терапия CPAP+HeO2 значительно эффективнее улучшает показатели оксигенации крови, транспорта кислорода и гемодинамики.

199. ЭФФЕКТЫ ГЕЛИЙ-КИСЛОРОДНОЙ СМЕСИ НА ЦЕНТРАЛЬНУЮ ГЕМОДИНАМИКУ И ТРАНСПОРТ КИСЛОРОДА У БОЛЬНЫХ С ОДН НА ФОНЕ ИБС.

Шогенова Л.В., Авдеев С.Н., Бабак Д.Л., Годяев М.Я., Науменко Ж.К., Татарский А.Р., Чучалин А.Г.
ФГУ НИИ пульмонологии Росздрава. г. Москва

Цель: Изучение эффективности ингаляций гелий-кислородной смеси на легочное кровообращение, центральную гемодинамику, газообмен и транспорт кислорода у больных с ОДН на фоне ИБС.
Материалы и методы: Обследовано 24 пациентов с обострением ХОБЛ с ИБС. Исследование гемодинамики и транспорта кислорода проводилось после катетеризации легочной артерии катетором Swan Ganz Больным последовательно, с 60 мин. перерывом проводилась терапия HeO2 (O2/He=30/40%) в течении 30 мин. и терапия O2 (30%) в течении 30 мин. **Результаты:**
Показатели исходно, HeO2, O2
ЛАД 42±3, 41±2, 41±3,
ОЛС 253±17, 244±12, 198±12,
CI 47±3, 49±2 , 42±2,
DO2 662±121, 896±141, 785±114,
pO2 43±3, 67±3, 62±4.
pCO2 74±5, 63±7, 70±7.
Выводы: Использование HeO2 смеси в сравнении с O2 достоверно эффективнее улучшает оксигенацию крови, транспорт кислорода и гемодинамику.

200. НЕОТЛОЖНЫЕ СОСТОЯНИЯ В КЛИНИКЕ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ, СОЧЕТАННОЙ С ПАТОЛОГИЕЙ ПИЩЕВАРИТЕЛЬНОЙ

СИСТЕМЫ

Шепеленко А. Ф., Иващенко В.А., Путило В.М., Дуганов В.К.
ГВКГ им. Н.Н. Бурденко, 2 ЦВКГ им. П.В. Мандрыка, ММА им. И.М. Сеченова, Москва

Цель: изучить частоту, синдромно-нозологическую структуру и особенности патогенеза неотложных состояний в клиническом течении внебольничной пневмонии (ВП) у пациентов с сочетанными заболеваниями пищеварительной системы. Методом сплошной выборки в течение 2-х лет в пульмонологической клинике ГВКГ им. Н.Н.Бурденко отобрано 2 группы наблюдения: 146 больных с ВП, сочетанной с разнообразной патологией пищеварительной системы – основная группа; 157 больных ВП без коморбидной патологии органов пищеварения – сравнительная группа. Средний возраст обследованных составил 51,9±4,9 и 34,5±3,5 лет соответственно. Течение пневмоний, как в основной, так и в сравнительной группе в большинстве случаев было "плановым" и требовало традиционного ведения. Однако приблизительно у каждого десятого больного в ходе заболевания отмечалось развитие неотложных, критических состояний, потребовавших ургентной диагностической и терапевтической тактики. Так, у 8,2% больных основной выборки обострение заболеваний пищеварительной системы приводило к развитию неотложных состояний (гастродуоденальные кровотечения, острая печеночная недостаточность, печеночная колика, обострение язвенной болезни с выраженным болевым синдромом), обусловливающих необходимость их временного перевода в отделения реанимации, хирургические либо гастроэнтерологические отделения. Реже, у 4,8% больных, отмечались ургентные состояния, в основе которых непосредственно лежало острое легочное воспаление: инфекционно-токсический шок (ИТШ) – в 1,3% наблюдений, ОДН – в 2,1%, сепсис – в 2,1%. В сравнительной группе развитие неотложных состояний отмечалось чуть реже - в 7,6% наблюдений ($p>0,05$), однако по своему патогенезу они полностью относились к синдромам, непосредственно сопряженным с ВП: ОДН – в 3,8%, ИТШ – в 2,5%, сепсис – в 1,3

201. ВЛИЯНИЕ НЕИНВАЗИВНОЙ ВЕНТИЛЯЦИИ ЛЕГКИХ (НВЛ) НА ПОКАЗАТЕЛИ ЦЕНТРАЛЬНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ, НАТРИЙУРЕТИЧЕСКИЙ ПЕПТИД В И МАРКЕРЫ СИСТЕМНОГО ВОСПАЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ С ДЕКОМПЕНСАЦИЕЙ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ (ХСН) НА ФОНЕ ИБС И ДКМП.

Авдеев С.Н., Попова К.А., Неклюдова Г.В.
ФГУ НИИ пульмонологии Роздрава, Москва

Цель: изучить влияние неинвазивной вентиляции легких (НВЛ) на показатели центральной гемодинамики, натрийуретический пептид В (BNP) и маркеры системного воспаления у больных с декомпенсацией ХСН, в зависимости от этиологии (ИБС и ДКМП).
Методы: в исследование было включено 26 пациентов с декомпенсацией ХСН (17 пациентов с ХСН, возникшей на фоне ИБС, средний возраст 57.43±10.8 лет и 9 пациентов с ХСН на фоне ДКМП, средний возраст 49.4±6.58 лет). НВЛ проводилась через назальную маску в режимах BiPAP и CPAP (6-8 часов в сутки). Показатели гемодинамики оценивались с помощью Эхо-КГ, всем пациентам определялись уровень концентрации BNP, IL-6 и CRP в плазме крови исходно и через 14 дней проведения НВЛ.
Результаты: у пациентов с декомпенсацией ХСН на фоне ИБС после применения НВЛ наблюдалось достоверное снижение конечно-систолического объема (КСО) (с 156.13±69.10 мл до 147.88±70.51 мл ($p<0,01$)), тогда как конечно-диастолический объем (КДО) практически не изменился. У пациентов с декомпенсацией ХСН на фоне ДКМП наблюдалось снижение КСО (с 174.3±96.84 мл до 142.77±47.26 мл ($p<0,001$)) и уменьшение КДО (с 263.1±133.29 мл до 205.93±84.2 мл, $p<0,01$). В обеих группах отмечалось достоверное снижение сывороточного уровня маркеров системного воспаления CRP (у больных с ИБС с 29.04±18.33 пг/мл до 4.02±2.76 пг/мл ($p<0.01$) и у больных с ДКМП с 33.03±17.51 пг/мл до 11.95±10.18 пг/мл ($p<0.01$)), IL-6 (с 34.02±17.23 пг/мл до 9.4±4.96 пг/мл ($p<0.01$) у больных с ИБС и с 29.13±18.13 пг/мл до 8.42±5.23 пг/мл у больных с ДКМП ($p<0.01$)). Сывороточный уровень BNP достоверно снизился в обеих

группах, но более значимое снижение было отмечено в группе пациентов с ДКМП (700 пг/мл м vs 450 пг/мл ($p<0.05$)).
Выводы: проведение НВЛ у пациентов с декомпенсированной ХСН приводит к значимому снижению маркеров системного воспаления, как на фоне ИБС, так и на фоне ДКМП. Однако на фоне НВЛ у пациентов с ДКМП наблюдалось более выраженное сокращение полостей сердца и снижение маркеров дисфункции ЛЖ.

202. ВЛИЯНИЕ НЕИНВАЗИВНОЙ ВЕНТИЛЯЦИИ ЛЕГКИХ (НВЛ) НА ПОКАЗАТЕЛИ ЦЕНТРАЛЬНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ, ДИСПНОЕ И ТОЛЕРАНТНОСТЬ К ФИЗИЧЕСКОЙ НАГРУЗКЕ У БОЛЬНЫХ С ДЕКОМПЕНСАЦИЕЙ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ (ХСН), В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ЭТИОЛОГИИ (ИБС И ДКМП).
Авдеев С.Н., Попова К.А., Неклюдова Г.В.
ФГУ НИИ пульмонологии Роздрава, Москва

Цель: изучить влияние неинвазивной вентиляции легких (НВЛ) на показатели центральной гемодинамики, диспное и толерантность к физическим нагрузкам у больных с декомпенсацией ХСН, в зависимости от этиологии (ИБС и ДКМП).
Методы: в исследование было включено 26 пациентов с декомпенсацией ХСН (17 пациентов с ХСН, возникшей на фоне ИБС, средний возраст 57.43±10.8 лет и 9 пациентов с ХСН на фоне ДКМП, средний возраст 49.4±6.58 лет. НВЛ проводилась через назальную маску в режимах BiPAP и CPAP (6-8 часов в сутки). У всех больных исходно и через 14 дней проведения НВЛ оценивали показатели гемодинамики (Эхо-КГ), выраженность диспное (шкала Борга), функцию внешнего дыхания и толерантность к физической нагрузке, во время проведения теста с 6-минутной ходьбой (6-MWT).
Результаты: у пациентов с декомпенсацией ХСН на фоне ИБС после применения НВЛ наблюдалось увеличение ФВ ЛЖ (с 29.9±5.54% до 36.05±4.2%, $p<0.001$), тогда как конечно-диастолический объем (КДО) практически не изменился. У пациентов с декомпенсацией ХСН на фоне ДКМП наблюдалось увеличение ФВ ЛЖ (с 28.67±8.72% до 34.3±5.37%, $p<0.001$) и уменьшение КДО (с 263.1±133.29 мл до 205.93±84.2 мл, $p<0,01$). В обеих группах отмечалось достоверное снижение диспное (у больных с ИБС с 3.3±1.0 баллов до 0.61±1.0 баллов ($p<0.001$) и у больных с ДКМП с 2.6±0.6 баллов до 0.5±0.7 баллов ($p<0.001$)) и увеличение FVC (с 85±14% до 99±17% ($p<0.001$) у больных с ИБС и с 84±12% до 96±16% у больных с ДКМП ($p<0.001$)). Пройденная дистанция во время проведения 6-MWT увеличилась в обеих группах, но более выраженное увеличение было отмечено в группе пациентов с ДКМП (82 м vs 51 м).
Выводы: НВЛ эффективна у больных с различной этиологией ХСН (ишемического и не ишемического генеза). На фоне НВЛ у пациентов с ДКМП можно отметить более выраженное уменьшение КДО и увеличение толерантности к физическим нагрузкам.

Заболевания плевры

203. ОТКРЫТАЯ БИОПСИЯ ПЛЕВРЫ В ДИАГНОСТИКЕ ПЛЕВРИТОВ НЕЯСНОГО ГЕНЕЗА
Шойхет Я.Н-1., Рощев И.П-1., Лиманов-2 А.Е., Мордвинов-2 С.А., Седов-2 В.К., Горбащенко Ю.Г.-1, Мозговой С.А.-2, Ларионов М.Ю-2., Петри А.К.-2, Киреев С.В.-2, Лапштаев В.А.-2
Алтайский государственный медицинский университет - 1, МУЗ городская больница № 5 - 2

Цель исследования: улучшение результатов диагностики плевритов неясного генеза
Известно более 50 этиологических факторов, ведущих к появлению плеврального выпота. В связи с этим важно своевременно установить морфологический диагноз. У больных, ранее лечившихся без эффекта на протяжении более 3 недель, сразу после дообследования

проводили открытую биопсию плевры. У больных, поступивших в клинику с недлительно протекающим плевритом, проводили противовоспалительное лечение. При отсутствии эффекта в течение 2 недель больным проводили биопсию плевры. Диагностика методом открытой биопсии плевры выполнена у 1291 больных. У 25 больных проведена видеоподдержка. Возраст больных колебался от 19 до 76 лет. Правосторонне поражение было у 685 (53,1%) больных, левостороннее – у 606 (46,9%). Обезболивание – внутривенный наркоз. Длительность вмешательства в среднем 10-15 минут. Гистологические диагнозы были следующие: туберкулезный плеврит (включая 2 туберкулезных перикардита) – 698 (54,1%), неспецифический плеврит – 437 (33,8%), мезотелиома плевры – 141 (10,9%), метастазы рака молочной железы – 7 (0,5%), опухоль легкого с прорастанием плевры – 2 (0,2%), посттравматический плеврит – 4 (0,3%), рабдомиосаркома диафрагмы – 1(0,1%), сифилитический плеврит – 1 (0 1%). У всех больных после верификации диагноза проводилось соответствующее лечение. Таким образом, инцизионная биопсия плевры позволяет быстро и достоверно установить истинную природу заболевания, начать адекватное лечение.

204. ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПЛЕВРЭКТОМИИ ПРИ РИГИДНОМ ПЛЕВРИТЕ

Кариев Т.М.-1, Сабиров Ш.Ю.-1
НИИ фтизиатрии и пульмонологии, Ташкент-1

Цель: изучить эффективность плеврэктомии при ригидном плеврите
Методы исследования: когортное исследование
Результаты: Плеврэктомия при ригидном плеврите выполнена у 132 больных (мужчин 94, женщин 38) в возрасте от 9 до 53 лет. У 77 больных (58,3%) продолжительность болезни составила – 6 мес. – 2года. У всех больных проводимая терапия была неэффективной. Ригидный плеврит с серозным экссудатом диагностирован у 48 больных (36,4%), геморрагический - у 27 (20,4%), гнойным - у 57 (43,2%). В легком на стороне плеврита, инфильтративный и очаговый туберкулез выявлен у 68 больных (51,5%). В мокроте микобактерии туберкулеза обнаружены у 28 больных (21,2%), в плевральном экссудате – у 47 (35,6%), неспецифическая микрофлора в плевральном экссудате - у 53 (40,2%). После антибактериальной и санационной терапии плеврэктомия выполнена у 88 больных (68,7%), частичная плеврэктомия - у 44 (33,3%). В удаленной плевре выявлены гиалиноз соединительнотканных волокон, участки казеозного некроза, периваскулярных инфильтратов и туберкулезные гранулемы. Хороший ближайший эффект установлен у 123 больных (93,2%), удовлетворительный – у 6 (4,5%). Умерло 3 больных (2,3%) от рецидива эмпиемы плевры и легочно-сердечной недостаточности. Через 3 - 10 лет после плеврэктомии у 117 пациентов (99,2%) констатировано клиническое выздоровление. Умер 1 больной (0,8%) через 3 года после операции от рецидива и прогрессирования эмпиемы плевры.
Заключение: Туберкулезный ригидный плеврит развивается из-за поздней диагностики и неадекватного лечения экссудативного плеврита. Плеврэктомия при указанной патологии является основным и высокоэффективным методом хирургического лечения.

205. ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ЭКССУДАТИВНОГО ПЛЕВРИТА

Аветисян А.О., Александрова Н.И., Дайновец А.В., Назаренко М.М
СПб НИИ фтизиопульмонологии

Верификация экссудативного плеврита остается весьма актуальной задачей. В отделении торакальной хирургии и дифференциальной диагностики туберкулеза СПб НИИФ за 4 года обследовано 76 больных с экссудативным плевритом. При поступлении в отделение всем пациентам выполнялась плевральная пункция, экссудат исследовался на белок, хлор, амилазу, АДА, цитологию, цитоз, производились микроскопия и посев на

МБТ. У 20 больных выполнена диагностическая плевроскопия, у 18 - биопсия плевры. У 39 больных установлена туберкулезная этиология плеврита, в 19 случаях диагностирован канцероматоз плевры, у 18 пациентов – парапневмонический неспецифический плеврит. У 33 пациентов с туберкулезным плевритом экссудат имел лимфоцитарный характер. Бактериоскопически МБТ в экссудате выявлены у 2 больных, посев оказался положительным у 5-ти пациентов, а биопсия плевры только у 3 больных позволила гистологически установить туберкулезную этиологию плеврита. Наиболее информативным оказалось определение в экссудате активности аденозиндезаминазы (АДА). У 37 больных с туберкулезным плевритом (95%) выявлен повышенный уровень АДА, а при канцероматозном плеврите повышение уровня АДА выявлено в одном случае. Для определения этиологии плеврита необходимо комплексное обследование пациентов, включая инвазивные методы диагностики, раннюю эвакуацию экссудата, комплексное исследование плевральной жидкости с исследованием цитоза и определением уровня АДА в экссудате. Наиболее информативными при туберкулезе является повышение уровня АДА экссудата и лимфоцитарный его характер, при канцероматозе – биопсия плевры.

206. ПРИМЕНЕНИЕ ЗАГРУДИННЫХ ЛИМФОСТИМУЛИРУЮЩИХ ИНЪЕКЦИЙ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ОСТРОЙ ЭМПИЕМЫ ПЛЕВРЫ

Дробязгин Е.А. - 1,2; Чикинев Ю.В. -1,2; Любарский М.С. -3; Котельников А.И. - 1
1 - Областная больница, Новосибирск; 2 - Государственный медицинский университет, Новосибирск; 3 - ГУ НИИ Клинической и экспериментальной лимфологии СО РАМН, Новосибирск

Цель исследования: изучить результаты применения непрямой лимфотропной терапии при лечении больных эмпиемой плевры. При лечении 21 пациента с острой эмпиемой плевры использована методика загрудинного введения лимфотропной смеси с антибактериальным препаратом (цефалоспорином III поколения). Из них 19 мужчин и 2 женщины в возрасте от 19 до 63 лет. Средний возраст 43,95 года. Введение осуществлялось в клетчатку переднего средостения 5 раз через 48 часов. Результаты: Включение в схему лечения больных эмпиемой плевры загрудинных имфостимулирующих инъекций к 14 дню с момента начала лечения способствовало снижению уровня лейкоцитов, уменьшению скорости оседания эритроцитов, а также повышению относительного числа лимфоцитов. Статистически значимым является снижение лейкоцитоза, ЛИИ как на 7, так и на 14 день от начала лечения, снижение скорости оседания эритроцитов на 7 и 14 день, повышение относительного числа лимфоцитов к 7 дню с момента лечения. Уже к концу первой недели лечения показатели концентрации мочевины, билирубина и уровень трансаминаз нормализовались практически у всех пациентов. К 14 дню от момента поступления пациентов в стационар нормализация параклинических показателей произошла у 19 пациентов. При рентгенографическом исследовании органов грудной клетки, у всех пациентов отмечена положительная динамика. Дренажи из плевральной полости удалены у 10 пациентов. Выводы: Применение непрямой лимфотропной терапии при лечении эмпиемы плевры способствует эффективному исчезновению клинических признаков заболевания, нормализации общего состояния больных, способствует снижению лабораторных проявлений воспалительного процесса.

207. ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ГАСТРОИНТЕСТИНАЛЬНОЙ СОРБЦИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ОСТРОЙ ЭМПИЕМОЙ ПЛЕВРЫ

Дробязгин Е.А. - 1,2, Чикинев Ю.В. - 1,2, Любарский М.С. - 3, Симакова И.В. - 1,2
1 - Областная больница, г. Новосибирск; 2 -Государственный медицинский университет, г. Новосибирск, 3 -ГУ НИИ Клинической и экспериментальной лимфологии СО РАМН, г.

Новосибирск

Цель исследования: изучение результатов применения энтеросорбции при лечении пациентов с острой эмпиемой плевры. Методика энтеросорбции использована в лечении 20 пациентов с острой эмпиемой плевры. Из них 19 мужчин и 1 женщина в возрасте от 22 до 68 лет. Средний возраст пациентов составил 43,52 года. Давность заболевания до поступления в стационар составила у пациентов от 2-х недель до 2-х месяцев. Давность заболевания составляла 27,31 дней. Наряду со стандартным лечением проводилась гастроинтестинальная сорбция сорбентом «Энтеросгель». Методика проведения сорбционной терапии заключалась в назначении пациентам сорбента «Энтеросгель» в дозировке по 15 грамм 3 раза в день за 1-1,5 часа до еды и приема медикаментов в течение 7 дней. Препарат запивали водой. К 7 суткам проводимого лечения наблюдалась нормализация параклинических показателей у 63,19% пациентов. Результаты: статистически значимым явилось снижение лейкоцитоза, ЛИИ как на 7, так и на 14 день от начала лечения. Отмечено снижение концентрации фибриногена общего белка, мочевины, АсТ и фибриногена. В ходе проводимого лечения у девяти пациентов удалось полностью купировать воспалительный процесс в плевральной полости. При рентгенографии органов грудной клетки признаков хронизации процесса не выявлено. По дренажам какое-либо отделяемое из плевральной полости отсутствовало. У этих пациентов дренажи удалены. Выводы: использование метода сорбционной терапии позволяет ускорить снижение лабораторных проявлений эндотоксикоза, нормализацию общего состояния пациентов. При применении сорбционной терапии у 9 пациентов удалось полностью купировать гнойный процесс в плевральной полости.

208. ДИАГНОСТИКА ПЛЕВРАЛЬНОГО ВЫПОТА "НЕЯСНОГО ГЕНЕЗА"

Подгурская Е. П. - 1, Совалкин В.И. - 2
Омская областная клиническая больница - 1, Омская государственная медицинская академия - 2

Цель: определить этиологическую принадлежность внебольничного плеврального выпота (ПВ).
Методы исследования: Дизайн исследования - проспективное когортное. Обследовано 57 пациентов пульмонологического отделения Областной клинической больницы с диагнозом «плевральный выпот неясного генеза». Средний возраст пациентов составил: у женщин - 51,5±4,82 год; у мужчин – 49,9±5,47 лет.
Результаты: В 50 из 57 случаев ПВ «неясного генеза» диагноз был верифицирован на основании клинико-инструментальных методов обследования. У 27 (54%) пациентов ПВ носил неспецифический характер, будучи ассоциирован с пневмонией. У 10 (20%) больных ПВ осложнял течение инфильтративного туберкулеза легких или был одной из его нозологических форм. В 26% случаев (13 пациентов) развитие ПВ было связано с раком легкого или мезотелиомой или метастатическим поражением плевры (рак желудка, молочной железы). После проведения всего комплекса неинвазивных инструментальных методов исследования в 12,3% случаев этиология ПВ выявлена не была. При отсутствии эффекта от диагностического поиска в течение 3 недель 7 пациентам определяли показания к проведению видеоторакоскопии (ВТС) с биопсией плевры. На основании данных биопсии плевры/легких диагноз туберкулезного ПВ был установлен у 4 больных. У 2 пациентов диагностирована мезотелиома плевры. Только в 1 случае ПВ носил неспецифический характер. Осложнений ВТС зарегистрировано не было.
Заключение: алгоритм диагностики внебольничного ПВ «неясного генеза» включает проведение неинвазиных процедур (лабораторно-интрументальных). В случае отсутствия информативности от последних предпочтение отдается ВТС как методу безопасному и высокочувствительному.

209. СОДЕРЖАНИЕ С-РЕАКТИВНОГО БЕЛКА В СЫВОРОТКЕ ПРИ ПЛЕВРАЛЬНЫХ ВЫПОТАХ РАЗЛИЧНОЙ ЭТИОЛОГИИ

Подгурская Е. П. - 1, Совалкин В.И. - 2
Омская областная клиническая больница - 1, Омская государственная медицинская академия - 2

Цель: определить роль С-реактивного белка (СРБ) в дифференциальной диагностике плевральных выпотов (ПВ) различной этиологии. Методы исследования: Дизайн исследования - проспективное когортное. СРБ определяли в сыворотке методом латекс-агглютинации (ООО "Ольвекс Диагностикум", г. Санкт-Петербург) у 56 пациентов с ПВ. Среди них 28 пациентов с парапневмоническим ПВ (ППВ), 12 с ПВ туберкулезной этиологии, 16 - с со злокачественным ПВ (рак легкого или метастатическое поражение плевры из других органов). Результаты: В ходе исследования было выявлено, что достоверно высокое содержание СРБ было зарегистрировано в группе пациентов с ППВ (89±16,3 мг/л) по сравнению с ПВ туберкулезной этиологии (67,8±32,1 мг/л; $p<0,01$) и опухолевыми ПВ (29,3±16,1 мг/л; $p<0,01$). При этом максимально высокие концентрации СРБ в сыворотке зафиксированы при осложненном ППВ и эмпиеме- 122,7±48,0 мг/л. Кроме этого, в группе пациентов с транссудатом (n=7) содержание СРБ в сыворотке было достоверно ниже (14,9±4,9 мг/л) по сравнению с группой больных с экссудатом (35,5±4,9 мг/л) ($p<0,04$). В случае длительно персистирующего ПВ с преобладанием лимфоцитов в плевральной жидкости определение СРБ в сыворотке позволило провести дифференциальный диагноз между опухолевым и туберкулезным ПВ: при ПВ специфической этиологии содержание СРБ составило 54,6±4,5 мг/л против 12,7±3,5 при злокачественных ПВ ($p<0,001$). Наличие СРБ в сыворотке в количестве >30 мг/л характеризуется высокой чувствительностью (91,8%), специфичностью (73,5%) и положительной предикторной оценкой 96,4%. Заключение: Таким образом, для идентификации транссудата и экссудата, а также экссудатов различной этиологии определение СРБ в сыворотке рекомендуется в качестве недорогого, доступного и быстрого метода диагностики.

Интерстициальные заболевания легких

210. КЛИНИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ЭНДОТЕЛИАЛЬНО-ТРОМБОЦИТАРНЫХ НАРУШЕНИЙ ПРИ ИНТЕРСТИЦИАЛЬНЫХ БОЛЕЗНЯХ ЛЕГКИХ.

Попова Е. Н., Болевич С.Б., Попова И.А.
ММА им. И.М. Сеченова

Цель исследования: определить роль эндотелиально-тромбоцитарной дисфункции в развитии пневмосклероза при различных вариантах интерстициальных болезней легких (ИБЛ).
Материалы и методы. Обследовано 36 больных с различными вариантами ИБЛ: идиопатическим легочным фиброзом (ИЛФ) (17), десквамативной интерстициальной пневмонией (ДИП) (12), ИБЛ при заболеваниях соединительной ткани (ИБЛ-СЗСТ) (8). Помимо общеклинического исследования определяли содержание в крови NO_3, генерацию активных форм кислорода, интенсивность перекисного окисления липидов. Результаты. У большинства больных ИЛФ, обнаруживались преимущественно невысокие концентрации NO_3 (25,92±0,57 мкм/л), при ДИП, наоборот, регистрировалось достоверное по сравнению с контролем увеличение уровня NO_3 (48,56±7,19 мкм/л против 29,89±0,57, $p<0,05$ при сравнении показателей), что можно рассматривать как компенсаторный механизм, ведущий к развитию вазодилатации. При ИБЛ-СЗСТ

показатели NO_3 достоверно от контроля не отличались. Генерация активных форм при ДИП и ИБЛ-СЗСТ достоверно превышала ИЛФ ($p<0,05$ при сравнении показателей). Коэффициенты ингибирующего влияния тромбоцитов при ДИП (1,89±0,14) и ИБЛ-СЗСТ (2,04±0,18) достоверно превышали соответствующие показатели при ИЛФ (0,96±0,03, $p< 0,01$ при сравнении показателей). Выраженность необратимых изменений (КТ - паттерн «сотовое легкое») обратно коррелировала с концентрацией NO_3 ($p=0,0034$), и антиперекисной активностью тромбоцитов ($p=0,0045$). Заключение. Полученные данные подтверждают участие снижения антиоксидантной способности тромбоцитов, содержания факторов вазодилатации в прогрессировании ИБЛ и обосновывают необходимость включения в программу терапии препаратов, ингибирующих профиброгенную активность эндотелия и тромбоцитов.

211. КАЧЕСТВО ДИАГНОСТИКИ ДИССЕМИНИРОВАННЫХ ПРОЦЕССОВ В ЛЁГКИХ

Турлай Е.А-1, Логвиненко Н.И-2
ГНОКДЦ, Новосибирск-1, НГМУ, Новосибирск-2

Цель: оценить качество диагностики синдрома легочной диссеминации в районных поликлиниках. Материалы и методы: анализ амбулаторных карт 115 пациентов с синдромом легочной диссеминации. Результаты: При обращении к терапевту по поводу кашля и одышки наиболее частыми диагнозами в поликлиниках были - сердечная недостаточность, пневмосклероз, двусторонняя пневмония, хронический бронхит, туберкулёз, одышка неясной этиологии. У 60% пациентов установление диагноза заняло более, чем 6 месяцев, у 1 пациента время от появления жалоб и первичного обращения к врачу до постановки диагноза - более 3 лет, у 6- более года, у 4 пациентов - более 2 лет. Лишь 10% больных направлялись на консультацию к специалисту в течение первого месяца с момента появления жалоб. До 40% - получали необоснованную антибактериальную терапию одним или несколькими антибиотиками, противотуберкулезными препаратами. При обследовании в ГНОКДЦ были выявлены: саркоидоз, идиопатический фиброзирующий альвеолит, гранулематоз Вегенера, экзогенный аллергический альвеолит, синдром Гудпасчера, пневмокониоз, кардиальный фиброз легких, ревматоидное легкое, саркоидоподобные реакции на фоне опухолевого заболевания, первичной мультицентрической злокачественной опухоли легкого, метастатической опухолевой диссеминации. Выводы: Результаты проведенных исследований показывают низкое качество диагностики диссеминированных процессов в легких на этапе первичного амбулаторного звена. Основные причины поздней диагностики - сложная дифференциальная диагностика, недооценка жалоб пациентов, недооценка данных функции внешнего дыхания, переоценка значения рутинной рентгенографии легких, не использование компьютерной томографии в диагностике пациентов с синдромом одышки, и как результат - позднее направление к специалисту.

212. ДИАГНОСТИКА ДИССЕМИНИРОВАННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЛЕГКИХ

Шойхет Я.Н.-1, Рощев И.П.-1, Лиманов А.Е.-2, Мордвинов С.А.-2, Седов В.К.-2, Горбащенко Ю.Г-1
Алтайский государственный медицинский университет -1, МУЗ городская больница №5 г. Барнаул - 2

Диссеминированные заболеваний легких – гетерогенная группа заболеваний, объединенная рентгенологическим синдромом двустороннего диссеминированного поражения легких. Диагностические ошибки у этих больных достигают 75-80%. Адекватная терапия проводится с опозданием. В связи с этим эффективность лечения и прогноз ухудшаются. Все это заставляет искать пути к оптимизации диагностических

методов исследования. В таких ситуациях целесообразно проводить открытую биопсию легкого путем мини-торакотомии или видеоторакоскопически. В данной работе анализируется опыт открытой биопсии легкого у 199 больных. Мужчин было 51 (25,6%), женщин – 148 (74,4%). Возраст больных варьировал от 14 до 72 лет. После гистологического исследования были установлены следующие нозологические формы: идиопатический фиброзирующий альвеолит – 48 (24,1%), саркоидоз Бека – 35 (17,6%), диссеминированный туберкулез легких – 45 (22,6%), неспецифический пневмофиброз – 31 (15,6%), бронхиолоальвеолярный рак – 12 (6,0%), карциноматоз легких – 10 (5,0%), силикоз – 3 (1,5%), инфильтративный туберкулез легких – 2 (1,0%), периферический рак легкого – 1 (0,5%), лимфоидная инфильтрация – 2 (1,0%), гранулематоз Вегенера – 2 (1,0%), гистиоцитоз Х – 2 (1,0%), гистиоцитома-1 (0,5%), аденокарцинома легкого – 2 (1,0%), антракоз – 1 (0,5%). Таким образом, открытая биопсия лёгкого при диссеминированных процессах в лёгких позволяет быстро поставить морфологически верифицированный диагноз и начать адекватную терапию.

213. ВИДЕОТОРАКОСКОПИЧЕСКАЯ БИОПСИЯ ЛЕГКИХ ПРИ ДИФФУЗНЫХ ПОРАЖЕНИЯХ: ТОЧНЫЕ ОТВЕТЫ И НОВЫЕ ВОПРОСЫ

Письменный А.К.-1, Корымасов Е.А.-2
Самарская областная клиническая больница им. М.И. Калинина - 1, Самарский государственный медицинский университет - 2

Цель: Определить влияние морфологического заключения на оценку клинико-рентгенологической картины при диффузных поражениях легких в условиях систематической видеоторакоскопической биопсии.
Материалы и методы: За 2002 – 2007 годы выполнено 163 видеоторакоскопических биопсии легких при диффузных заболеваниях.
Результаты: Гранулемы саркоидного типа обнаружены у 83 (50,9%) больных, туберкулезные у 9 (5,5%) человек, раковая диссеминация у 18 (11,1%), фиброзирующий альвеолит у 9 (5,5%) пациентов. Также были диагностированы: пневмокониоз 4 (2,5%), гистиоцитоз 2 (1,2%), альвеолярный протеиноз 2 (1,2%), генерализованный нейрофиброматоз 1 (0,6%), генерализованный лимфогранулематоз 1 (0,6%), лейомиоматоз 1 (0,6%). У 33 (20,3%) человек выявлены негранулематозные неспецифические изменения интерстиция и альвеол. Именно эти заключения стали поводом для пересмотра диагноза. Признаки диссеминации по данным компьютерной томографии не всегда означают наличие гранулем. Они могут быть проявлениями ХОБЛ, очагового пневмосклероза, разрешающейся пневмонии. Однако подобная картина может встречаться при патоморфозе заболевания на фоне проводимого ранее лечения, вследствие атипичной реакции соединительной ткани у иммунокомпроментированных лиц.
Заключение: Накопление данных морфологической оценки диффузных поражений легких в условиях систематической биопсии заставляет по-новому отнестись к интерпретации клинико-рентгенологической картины у ряда больных, а иногда принципиально изменить диагноз. При этом наиболее информативна биопсия в наиболее ранние сроки после выявления интерстициальной патологии. Адекватная гистологическая оценка возможна при получении биоптата достаточного объема, что достигается видеоторакоскопической атипичной резекцией легкого

Заболевания ЛОР-органов

214. МИКРОБИОЛОГИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ ДИАГНОСТИКИ И ВЫБОРА АНТИБИОТИКА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ТОНЗИЛЛИТА

Хуснутдинова Л. М.

Институт клеточного и внутриклеточного симбиоза УрО РАН, Оренбург

Целью работы явилось изучение особенностей взаимодействия микроорганизмов, представителей микробиоценоза слизистой оболочки миндалин в норме и при хроническом тонзиллите и разработка микробиологических критериев диагностики хронического тонзиллита и выбора эффективного антибактериального препарата. В работе использовано 455 культур бактерий, выделенных из биоценоза слизистой оболочки миндалин клинически здоровых людей и больных хроническим тонзиллитом в стадии компенсации. Выделение, идентификацию и изучение биологических свойств штаммов микроорганизмов проводили на основании общепринятых методов, чувствительность микроорганизмов к антибиотикам определялась диско-диффузионным методом. Модификация факторов патогенности изучалась по разработанной методике перекрестного посева штаммов-симбионтов, изменения в чувствительности к антибиотикам оценивались с использованием разработанного метода сокультивирования ассоциантов на плотной питательной среде. В результате проведенных исследований изучен количественный и качественный состав микробиоценоза слизистой оболочки миндалин здоровых людей и больных хроническим тонзиллитом. Изучены модификации факторов патогенности и антибиотикорезистентности бактерий-симбионтов в норме и при возникновении хронического процесса. Разработаны микробиологические критерии диагностики хронического тонзиллита и выбора антибактериального препарата для элиминации возбудителя инфекции из микробиоценоза. На основе полученных данных были разработаны «Способ диагностики хронического тонзиллита и «Способ выбора эффективного антибиотика для лечения заболеваний микробной этиологии». Апробация предлагаемых методик в лечебно-профилактических учреждениях города показала их преимущество по сравнению с классическими методами диагностики.

215. ПРОГРАММЫ ISAAC и ARIA В КЫРГЫЗСТАНЕ

Сулайманов Ш. А., Бримкулов Н.Н., Сагынбаева Г.А., Муратова Ж.К.
Медицинский институт Ошского гос.университета

Цель исследования: с помощью русской и кыргызской версий стандартизованного опросника ISAAC изучить распространенности симптомов аллергического ринита среди детей 6-7 и 13-14 лет. Материалы и методы исследования: в условиях юга Кыргызской Республики впервые изучена распространенность и клинико-аллергологическая характеристика симптомов аллергического ринита у детей с использованием стандартизованного опросника программы ISAAC – «International Study of Asthma and Allergy in Childhood». Возраст детей был 6-7 и 13-14 лет. Всего нами были проанкетированы 3928 школьников. Исследование было проведено при консультативно-методической поддержке International ISAAC Data Centre в Новой Зеландии. Результаты и их обсуждение: проведенный анализ анкет позволил установить, что симптомы аллергического ринита, в виде заложенности носа, чихания, беспокоили 38,7±0,5% детей старшей и 25,0±0,4% младшей возрастной группы ($p<0,001$). Такие же признаки болезни в течение года, предшествовавшего обследованию были отмечены соответственно у 24,9±0,6% и 13,2±0,7% опрошенных ($p<0,001$). В 11,2±0,75% случаев симптомы аллергического ринита сопровождались зудом глаз и слезотечением. Указанные симптомы болезни отрицательно сказывались в их повседневной жизни у 17,4±0,4% детей: у 12,8% школьников в легкой степени, у 3,7% - умеренной и у 0,9% опрошенных в сильной степени. Диагноз поллиноз был установлен лишь в 1,0% детям младшей и в 1,5% школьникам старшей возрастной группы. Следует отметить, что при углубленном клиническом осмотре у больных бронхиальной астмой детей симптомы аллергического ринита выявлялись у 74,6±1,6% обследованных ($p<0,05$). Хотя распространенность

симптомов аллергического ринита у детей по данным эпидемиологического исследования было значительно меньше (31,8%, p<0,05).

Лучевая диагностика

216. ПРИМЕНЕНИЕ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ ВЫСОКОГО РАЗРЕШЕНИЯ В ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ ХОБЛ

А.А. Базаев, В.А. Казанцев, Г.Е. Труфанов
ВМедА, ТУВ-1. Санкт-Петербург

Цель исследования: изучение роли компьютерной томографии высокого разрешения (КТВР) в комплексном лучевом обследовании больных хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ). Обследовано 56 больных (32 мужчины и 14 женщин), средний возраст: 62,3 лет. У 29 - предварительный диагноз ХОБЛ; у 14 – сочетание ХОБЛ и внебольничной пневмонии (ВП); у 12 – сочетание ХОБЛ и бронхиальной астмы (БА); у 1 – сочетание ХОБЛ и силикотуберкулеза. Выполнялась КТВР на 4-срезовом компьютерном томографе «Volume Zoom» фирмы «Siemens». У 9 - не было выявлено характерных для ХОБЛ патологических изменений. У 1 - был выявлен спонтанный пневмоторакс, не заподозренный при проведении рентгенографии ОГК. У 1 - был отвергнут предварительный диагноз ХОБЛ в сочетании с (ВП). Было сделано заключение о наличии тромбоэмболии субсегментарных ветвей правой легочной артерии. У 5 - на фоне изменений в легких, характерных для ХОБЛ, были выявлены объемные патологические образования. У одного пациента на основании анализа компьютерных томограмм сделано заключение о наличии инфильтративного туберкулеза легких. У 1 - была выявлена гигантская булла в правом легком. У 5 - диагноз ХОБЛ был снят и заподозрены интерстициальные заболевания легких. Только у 10 из 12 пациентов после выполнения КТВР был подтвержден диагноз пневмонии, причем у 2 из них пневмония имела деструктивный характер. Характерной закономерностью больных с сочетанием ХОБЛ и БА было отсутствие клапанных ловушек при экспираторной КТ. Результаты КТВР явились основанием к переводу 9 пациентов в хирургический стационар, 1 - в противотуберкулезную больницу. Таким образом, применение КТВР значительно расширяет возможности дифференциальной диагностики заболеваний легких со сходными клиническими симптомами, характерными для бронхообструктивных состояний.

217. БРОНХОЛЕГОЧНАЯ ДИСПЛАЗИЯ (БЛД) У ДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕНЫХ

Овсянников Д.Ю.-1, Кузьменко Л.Г.-1, Полянин Д.В.-1, Михеев М.Ю.-2
Российский университет дружбы народов, Москва -1; Российская детская клиническая больница, Москва -2

Целью работы являлось определение возможной роли КТ-исследования органов грудной клетки в дифференциальной диагностики БЛД доношенных и БЛД недоношенных детей. Наблюдались 9 доношенных детей с БЛД, что составило 5,6% от всей группы наблюдавшихся детей (n=160). У 5 детей БЛД развилась в исходе мекониальной аспирации, у 1 – в исходе оперированного врожденного порока сердца, у 1 – оперированной врожденной лобарной эмфиземы, у 1 – неонатального сепсиса. Клиническая картина течения БЛД доношенных характеризовалась длительной искусственной вентиляцией легких (у 5 детей более 2 месяцев), О2-зависимостью, симптомами тяжелой хронической респираторной недостаточности (тахипноэ, одышка). При КТ-исследовании органов грудной клетки, проведенном 4 детям, были выявлены

следующие изменения: неравномерность пневматизации, уплотнение легочного интерстиция, фокусы пониженной плотности, парасептальные буллы, линейные и лентообразные участки повышенной плотности, усиленный и деформированный бронхососудистый рисунок, утолщение стенок бронхов, расширение и деформация просвета бронхов, уплотнение междолевой плевры и плевральные спайки. При сопоставлении результатов КТ-исследования у доношенных детей с БЛД и у недоношенных изменения были однотипны.
Таким образом, изменения, выявленные при КТ-исследовании органов грудной клетки, не могут служить дифференциально-диагностическими признаками между БЛД доношенных и БЛД недоношенных детей.

218. КТ-СЕМИОТИКА ХРОНИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЛЕГКИХ (ХЗЛ) МЛАДЕНЦЕВ

Овсянников Д.Ю.-1, Михеев М.Ю.-2, Полянин Д.В.-1
Российский университет дружбы народов, Москва -1; Российская детская клиническая больница, Москва -3

Цель работы: определение роли и места КТ-исследования органов грудной клетки у младенцев с ХЗЛ. КТ-исследование органов грудной клетки в состоянии физиологического сна без задержки дыхания проводилось 14 детям 5-18 мес., страдающих бронхолегочной дисплазией недоношенных (8 детей), БЛД доношенных в исходе мекониальной аспирации (1), оперированного врожденного порока сердца (1), врожденной лобарной эмфиземы (1), раннего неонатального сепсиса (1), постинфекционным облитерирующим бронхиолитом (1), облитерирующим бронхиолитом в исходе мекониальной аспирации (1). У 13 из 14 больных независимо от первоначального диагноза при КТ органов грудной клетки выявлены однотипные изменения в виде: неравномерной пневматизации (у 11), уплотнения легочного интерстиция (у 4), фокусов пониженной плотности (у 11), парасептальных булл (у 7), линейных и лентовидных участков повышенной плотности (у 11), усиленного и деформированного бронхососудистого рисунка (у 8), утолщения стенок бронхов (у 9), расширения и деформации просвета бронхов (у 4), уплотнения междолевой плевры и плевропульмональных спаек (у 10). У 1 ребенка с БЛД недоношенных, тяжелым органическим поражением ЦНС, хроническим аспирационным синдромом выявлены признаки облитерирующего бронхиолита с организующейся пневмонией (консолидация легочной ткани в медиально-базальных отделах нижних долей билатерально, субплевральные эмфизематозные участки, поствоспалительные фиброзные изменения). Таким образом, при различных вариантах ХЗЛ младенцев (БЛД недоношенных, БЛД доношенных, хронический бронхиолит) выявляются, во многом, однотипные КТ-изменения. Из этого следует, что только в составе комплексного клинико-параклинического обследования больного КТ-исследование органов грудной клетки имеет диагностическую и прогностическую значимость.

219. К ВОПРОСУ О ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ МИКРОСКОПИЧЕСКОГО ПОЛИАНГИИТА И РЕЦИДИВИРУЮЩЕЙ ЭМБОЛИИ МЕЛКИХ ВЕТВЕЙ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ

Юсупова А.Ф., Юнусов Р.В., Габитов С.З.
Казанский государственный медицинский университет, Казань

В последнее время отмечен рост заболеваемости системными васкулитами, что в большей степени обусловлено сложностью своевременной диагностики и лечения. Особое место среди системных васкулитов занимает микроскопический полиангиит (МП), который протекает под маской узелкового периартериита. В работе на примере клинического

случая МП с преимущественным поражением паренхимы легкого вследствие тромбоза мельчайших сосудов при пульмоносцинтиграфии выявлялось отсутствие накопления радиофармпрепарата (РФП) в зоне поражения. Данный результат был ошибочно интерпретирован в пользу диагноза рецидивирующей эмболии в сосудах легкого. Источник тромбообразования выявить не удалось. Для подтверждения диагноза была проведена ангиопульмонография, результаты которой исключали тромбоэмболический синдром. Однако дефект накопления радиофармпрепарата выявленный при сцинтиграфии указывал на наличие тромбов в мельчайших сосудах. Гистологическая картина соответствовала МП. Таким образом, у больной МП был осложнен тромбозом артериол левого легкого. Вследствие этого, при сцинтиграфии не наблюдалось накопление в этой зоне РФП, что привело к постановке неправильного диагноза: тромбоэмболии сосудов легочной артерии. Не было учтено, что результаты метода не являются специфичны, и в ряде случаев возникает необходимость в дополнительном назначении ангиопульмонографии. Следовательно, этот, не найденный нами в литературе феномен: отсутствия при сцинтиграфии легких накопления радиоактивного вещества на фоне проходимости легочных сосудов по данным ангиопульмографии, следует принимать во внимании при проведении дифференциального диагноза между системными васкулитами с поражением мелких сосудов легких и рецидивирующей тромбоэмболией мелких сосудов легочной артерии.

220. ОПЫТ ПРОВЕДЕНИЯ РЕНТГЕНО-БРОНХОЛОГИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ

Бондарев А.В., Шайхутдинова Р.М., Зарипов Р.А.
Республиканская клиническая больница, Казанская государственная медицинская академия, Казань

Специализированный рентгеновский кабинет для проведения бронхологических исследований был организован в РКБ четверть века назад с целью верификации диагнозов заболеваний бронхолегочной системы и визуализации ее патологических изменений. В начале этому служили разнообразные виды бронхографий и аспирационных катетеризационных биопсий под рентгеновским контролем на аппарате с УРИ. В дальнейшем, овладение методиками ригидной и фибробронхоскопии в сочетании с лучевыми методами, позволило осуществить на практике и сделать доступным всем нуждающимся комплексное рентгено-бронхологическое исследование (РБИ) по широким показаниям, в самое короткое время. Изучению подлежали патологические изменения (затенения и просветления), обнаруженные при рентгено- или флюорографических исследованиях у обратившихся к нам пациентов, которые не могли быть объяснены банальным воспалительным процессом, а так же выявленные на рентгенограммах симптомы уменьшения объемов легочной ткани. Учитывая наш преимущественно сельский и отдаленный контингент, РБИ проводились при минимальных противопоказаниях и самой элементарной подготовке. После внедрения эндоскопической техники нами лично было выполнено свыше 37 тыс. разнообразных бронхологических лечебно-диагностических исследований у более 25,5 тыс. больных. До 58,2% наших фиброскопических процедур имели цель – получение материала для цитологического исследования (из них в 1/3 случаев при аспирационной биопсии использовался рентгеновский контроль положения инструмента, в остальных достаточно было визуального эндоскопического контроля). В 15,2% исследований бронхоскоп применялся при проведении бронхографии, постановки трансназобронхиального ирригатора для лечения легочных нагноений, сложных интубациях в операционных. И только в 25,2 % случаев мы ограничивались осмотром и санацией бронхиального дерева. Поднаркозные бронхоскопии составили 1,5% (удаление инородных тел, трансбронхиальная пункция внутригрудных лимфоузлов, остановка легочного кровотечения). Среди обследованных

по диагностическим показаниями пациентов, рак легких был верифицирован в 21,6%, а еще у 7,3% рак был поставлен, но не подтвержден цитологический. (Это составило 10,7% всего потока больных через кабинет). Туберкулез среди наших пациентов установлен у 2,6%. Следует отметить, что почти у ¾ выявленных больных на предшествующих этапах диагностики рак не был даже заподозрен, а у 1/3 всех пациентов отмечалась гипердиагностика рака. Особый интерес представлял поток больных с предположительным диагнозом рака легких, направленных к нам на верификацию, после обследования у онкологов, включавшего РКТ и бронхоскопию, которую проводили эндоскописты общего профиля. Среди этих больных, достоверный и доказательный диагноз легочной патологии был установлен нами в 72,8% случаев. Среди оставшихся, у половины рак скорее предполагался, у другой половины он скорее отсутствовал, но получить однозначного цитологического ответа не удалось. Этот поток за последние 20 лет составил 4491 человека. Среди них, рак легких был верифицирован в 43% (по данным последнего года, в другие годы он был несколько ниже). Еще у 17% больных были выявлены симптомы рака, но без цитологического подтверждения, а у 3,7% установлен туберкулез легких и бронхов. В этом потоке были и пациенты туберкулезных учреждений, которым проводили многомесячную химиотерапию без обнаружения КУП, больные с канцероматозными диссеминациями, которых наблюдали как саркоидоз. Для РБИ диагностика в таких случаях не составила особого труда. Таким образом, диагностирование рака легких у каждого десятого пациента, поступившего к нам для бронхоскопии, не позволяет обвинить нас в злоупотреблении этим инвазивным методом.

221. ВОЗМОЖНОСТИ МДКТ В ДИАГНОСТИКЕ НОВООБРАЗОВАНИЙ СРЕДОСТЕНИЯ

Евграфова С.Ю., Холявка Е.Н., Тополь К.Ю., Тюрин И.Е.
Российский онкологический научный центр, Москва

Целью настоящего исследования является определение диагностических возможностей мультидетекторной КТ-ангиографии в комплексном обследовании больных с новообразованиями средостения. Материалы и методы. Провели сканирование области груди и живота у 49 пациентов. Использовался мультидетекторный компьютерный томограф Siemens Somatom Sensation 4: минимальное время полного скана - 0,5 сек, матрица томограммы 512x512, количество слоев за одно вращение - 4. Контрастирование проводили с использованием «Омнипак 350», вводили внутривенно в количестве 100 мл со скоростью 3 мл/с. Двух и трехмерные преобразования полученных изображений производилась с помощью стандартных программ MPR, MIP, VRT. Результаты исследования. В исследование включены 49 пациентов: у 14 (28,6%) больных диагностирована опухоль вилочковой железы, у 11 (22,4%) - нейрогенная опухоль, у 9 (18,3%) – тератома, у 7 (14,2%) - герминогенная опухоль средостения. В остальных 8 случаях выявлены: карциноид (5), опухоль сердца (2), болезнь Кастельмана (1).
С помощью МСКТ ангиографии уверенно определяли врастание опухоли в крупные сосуды и соседние органы и ткани: у 4 больных из 7 с опухолью вилочковой железы, в 5 случаях из 11 при нейрогенной опухоли. Врастание в органы и ткани определялось в 4 из 5 случаев карциноида. В 2 из 7 случаях герминогенных опухолях врастание выявлялось, так же был получен 1 сомнительный результат. Ни в одном случае из 9 диагностированных тератом врастание в сосуды и соседние органы не происходило. При опухолях сердца и болезни Кастельмана так же не было выявлено распространение на окружающие ткани и сосуды. Использование 3D преобразований позволило более точно определить взаимоотношение опухоли и окружающих тканей грудной полости. Заключение. Применение МДКТ ангиографии имеет большое значение в оценке местного распространения новообразований средостения, в том числе в выявлении инвазии опухоли в крупные сосуды и камеры сердца.

222. ЗНАЧЕНИЕ МДКТ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ЛИМФОМЫ ХОДЖКИНА

Холявка Е.Н., Евграфова С.Ю., Демина Е.А. Тюрин И.Е.
Российский онкологический научный центр, Москва.

Целью исследования является оценка диагностических возможностей мультидетекторной КТ и КТ-ангиографии в комплексном обследовании больных с лимфомой Ходжкина (лимфогранулематозом, ЛГМ). **Материалы и методы.** Проведено комплексное обследование 67 пациентов с морфологически верифицированным лимфогранулематозом. Всем больным выполнены: традиционное рентгенологическое исследование, мультидетекторная КТ (МДКТ), из них в 29 случаях с внутривенным контрастированием и сканированием области груди и живота. Исследование проводили на мультидетекторном компьютерном томографе Siemens Somatom Sensation 4. Контрастирование проводили с использованием «Омнипак 350», вводили внутривенно в количестве 100 мл со скоростью 3 мл/с. Двух и трехмерные преобразования полученных изображений производилась с помощью стандартных программ MPR, MIP, VRT. **Результаты исследования.** Установлены существенные преимущества МДКТ в определении стадии опухолевого процесса у больных ЛГМ. Дополнительные изменения в лимфатических узлах грудной полости и области шеи выявлены у 48% обследованных в сравнении с обычной рентгенографией. Использование КТ исследования с внутривенным контрастированием позволило получить дополнительную информацию о состоянии лимфатических узлов в 18% наблюдений, выявить изменения вне грудной полости у 12% больных. Данные МДКТ способствовали выявлению изменений в легочной ткани у 43% больных, причет у половины из них изменения не определялись при рентгенографии. Проведенное исследование показало, что КТ области шеи, груди и живота с внутривенным контрастированием необходимо при первичном стадировании ЛГМ, а также после окончании химиотерапевтического лечения, до начала лучевой терапии. В интервалах между отдельными курсами химиотерапии для оценки динамики процесса достаточно обычных рентгеновских исследований. **Заключение.** Применение МДКТ ангиографии имеет большое значение в оценке аденопатии средостения, в том числе в выявлении инвазии опухоли в крупные сосуды и камеры сердца, в области шеи и живота. КТ имеет существенные преимущества в выявлении и определении характера поражения легочной ткани у больных ЛГМ. В комплексе с радионуклидными исследованиями и ПЭТ, применение КТ позволяет правильно определить распространенность процесса и выработать адекватную тактику лечения больных.

223. ОЦЕНКА ВИЗУАЛИЗАЦИИ ВНУТРИГРУДНЫХ ЛИМФАТИЧЕСКИХ УЗЛОВ В РЕНТГЕНОДИАГНОСТИКЕ ПНЕВМОНИИ ПО ДАННЫМ ЦИФРОВОЙ ФЛЮОРОГРАФИИ В СОПОСТАВЛЕНИИ С МУЛЬТИСЛАЙСОВОЙ КТ

Собакарь Ю. Е.
НУЗ ОКБ на станции Барнаул

С целью повышения эффективности рентгенодиагностики пневмонии изучена возможность визуализации внутригрудных лимфатических узлов (ВГЛУ) методом цифровой флюорографии (ЦФ) у 167 больных внебольничной пневмонией, из них у 27 была проведена КТ. Возраст был 17-90 лет, муж - 105, жен - 62. На КТ и на ЦФ у больных верхнедолевой (ВД) правосторонней пневмонией (ПП) на стороне поражения были увеличены верхние и нижние паратрахеальные, трахео-бронхиальные, нижние каринальные, внутрилегочные группы узлов. При среднедолевой (СД) ПП - те же группы. При нижнедолевой (НД) ПП по КТ и ЦФ на стороне поражения были увеличены трахео-бронхиальные, нижние каринальные, внутрилегочные группы. У больных ВД ЛП по КТ

на стороне поражения были увеличены верхние и нижние паратрахеальные, трахео-бронхиальные, нижние каринальные, аорто-легочные, передние средостенные, внутрилегочные группы, по ЦФ были определены лишь паратрахеальные и нижние каринальные, внутрилегочные. При НД ЛП по КТ на стороне поражения были увеличены нижние паратрахеальные, правые и левые трахео-бронхиальные, нижние каринальные, внутрилегочные группы, по ЦФ лишь нижние каринальные, правые и левые трахео-бронхиальные, внутрилегочные. Таким образом, у больных ПП ВД, СД, НД результаты ЦФ и КТ в выявлении увеличенных ВГЛУ совпадают. У больных ПЛ данные КТ превосходят результаты ЦФ с более отчетливой визуализацией паратрахеальных, аорто-легочных, передних средостенных групп увеличенных ВГЛУ

Микробиологическая диагностика

224. ОСОБЕННОСТИ АНТИБИОТИКОРЕЗИСТЕНТНОСТИ ЭНТЕРОБАКТЕРИЙ, ВЫДЕЛЕННЫХ СО СЛИЗИСТЫХ ОБОЛОЧЕК ВЕРХНИХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ.

Жестков А.В., Лямин А.В.
ГОУ ВПО Самарский государственный медицинский университет Росздрава.

Цель исследования – анализ антибиотикорезистентности представителей семейства Enterobacteriaceae, выделенных со слизистых оболочек верхних дыхательных путей у кадровых доноров крови. Для определения чувствительности использовали диски со следующими антибактериальными препаратами: ампициллин, амоксиклав, цефтриаксон, цефтазидим, гентамицин, ципрофлоксацин, имипенем, цефипим, амикацин. Дополнительно определяли наличие у бактерий бета-лактамаз расширенного спектра действия методом двойных дисков. Всего было выделено 31 штамм Kl. pneumoniae и 8 штаммов E. coli. У доноров немедицинских специальностей было выделено и идентифицировано 7 штаммов Kl. pneumoniae и 1 штамм E. coli, у доноров медицинских работников – 24 и 7 штаммов соответственно. У доноров немедицинских специальностей не было выявлено полирезистентных штаммов. К ампициллину, цефалоспоринам, гентамицину и амикацину были умеренно резистентны единичные штаммы клебсиелл. Единственный штамм кишечной палочки был чувствителен ко всем препаратам. Среди штаммов, выделенных от доноров медицинских работников, были выявлены полирезистентные штаммы. При этом не было выявлено ни одного штамма резистентного к карбапенемам. К ампициииииииллину были резистентны 54,2% клебсиелл и 28,6% кишечных палочек, к амоксиклаву 8,3% и 28,6%, к цефтриаксону 50,0% и 57,1%, к цефтазидиму 37,5% и 42,9%, к гентамицину 12,5% и 28,6%, к ципрофлоксацину 20,8% и 28,6%, к цефипиму 29,2% и 28,6%, к амикацину 4.2% и 14,3% штаммов соответственно. Было выделено по 2 штамма Kl. pneumoniae и E. coli, продуцирующие бета-лактамазы расширенного спектра действия. Среди выделенных, от медицинских работников, штаммов были определены полирезистентные микроорганизмы. Данный факт является неблагоприятным и требует санации носителей таких штаммов.

225. РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ НОСИТЕЛЬСТВА ПАТОГЕННОЙ И УСЛОВНО ПАТОГЕННОЙ МИКРОФЛОРЫ СРЕДИ КАДРОВЫХ ДОНОРОВ КРОВИ.

Жестков А.В., Лямин А.В.
ГОУ ВПО Самарский государственный медицинский университет Росздрава

Цель работы – выявление носителей патогенной и условно патогенной микрофлоры среди кадровых доноров крови. Нами был изучен качественный состав микробиоценозов слизистых оболочек нижних носовых ходов и зева у 45 кадровых доноров медицинских

работников и 45 кадровых доноров, по своей профессиональной деятельности не связанных с медициной. Выделено и идентифицировано 314 штаммов микроорганизмов. Каждая группа доноров была разделена на две подгруппы по возрастным показателям: 20-34 года и 35-50 лет. У кадровых доноров немедицинских специальностей преобладали условно патогенные стафилококки, стрептококки и неферментирующие грамотрицательные палочки. Staphylococcus aureus был выделен у четырех обследованных (8,9%), синегнойная палочка была выделена у трех доноров (6,7%), кишечная палочка – у одного человека (2,2%). Грибы рода Candida преобладали в сапрофитической фазе на слизистой задней стенки глотки и были выделены у 6 человек (13,3%). Синегнойная палочка и клебсиеллы более часто выявлялись среди доноров 35-50 лет. Грибы рода Candida, напротив, более часто выделялись от лиц первой возрастной группы. Среди медицинских работников в возрастной группе 20-34 года в микробиоценозе нижних носовых ходов преобладали стафилококки и неферментирующие грамотрицательные палочки. На слизистой задней стенки глотки достаточно широкое распространение получили клебсиеллы и грибы рода Candida в паразитической и сапрофитической фазах развития. Во второй возрастной группе более чем у половины обследованных доноров были выявлены микробиологические признаки дисбиоза слизистых оболочек верхних дыхательных путей. У 39,1% доноров были выделены грибы рода Candida как в паразитической, так и сапрофитической фазах, у 26,1% обследованных – кишечная палочка, у 34,7% - клебсиеллы.

226. ТЕХНОЛОГИЯ БИО-ЧИПОВ В ДИАГНОСТИКЕ МНОЖЕСТЕННОЙ УСТОЙЧИВОСТИ (МУ) МИКОБАКТЕРИЙ ТУБЕРКУЛЕЗА (МБТ)

Журавлев В.Ю.-1, Васильева И.Н.-2
ГОУ ДПО СПбМАПО-1, ФГУ СПбНИИФ-2

ТБ-биочип позволяет одновременно идентифицировать мутации в четырех генах МБТ, ассоциированных с МУ к рифампицину (R) и изониазиду (H): rpoB, katG, inhA, ahpC. Нами изучены возможности использования био-чипов для экспресс диагностики генетической характеристики МУ у 56 больных туберкулезом различной локализации. Мутации в гене rpoB определены в 37(66,1%) случаях. При этом чаще всего определялась замена кодона 531 в 28(50,0%), в том числе (Ser531-Leu) в 20(35,7%). Данная мутация наиболее распространена среди устойчивых к R штаммов в мире и чаше всего связана с генотипом Beijing. Данная замена обуславливает резистентность к высоким концентрациям R in vitro и не нарушает жизнеспособность МБТ. Другие вариации мутаций в этом кодоне встречались значительно реже: Ser531-Cys(1), Ser531-Gln(5), Ser531-Trp(2). Замены в кодоне 511(12), 513(6), 516(5), 512(3), 526(2) и 533(1) случай. Лекарственная устойчивость к H, обусловленная мутациями в гене katG, выявлена в 29(51,8%) случаях. Преобладала замена в 315 кодоне: в изолированном варианте – у 24(42,9%) больных, в сочетании с заменой в кодоне 328 – 4(7,1%) или в сочетании с заменой в 335 кодоне – 1(1,8%). Преобладание штаммов с сочетанием мутаций rpoB531 и katG315 еще раз подтверждают поддержание резервуара резистентных и мультирезистентных штаммов генотипа Beijing на территории Северо-запада России в условиях широкого применения R и H. В гене inhA были обнаружены замены нуклеотидов у 21(37,5%) больного. В гене ahpC выявлено наименьшее количество мутаций - 3(5,4%). Среди исследуемых штаммов МБТ выявлен только 1(1,8%), имеющий мутации во всех изучаемых генах. В 3 генах мутации имели – 9(16,1%) штаммов, в 2 генах - 24(42,9%), штаммов с мутациями в одном гене было – 9(16,1 %). Штаммов без выявленных мутаций выявлено только – 12(21,4%)

227. ЭКСПРЕСС ДИАГНОСТИКА ЛЕКАРСТВЕННОЙ УСТОЙЧИВОСТИ МИКОБАКТЕРИЙ ТУБЕРКУЛЕЗА (МБТ) ПРИ ДИССЕМИНИРОВАННОМ

ТУБЕРКУЛЕЗЕ (ДТ).
Журавлев В.Ю.-1, Вазовая А.А.-2, Мокроусов И.В.-2, Нарвская О.В.-2
ГОУ ДПО СПбМАПО-1, СПбНИИЭМ им. Пастера-2

ДТ в настоящее время приобретает черты эпидемически значимой клинической формы. Цель: изучить возможность экспресс детекции лекарственной устойчивости, используя фиксированный при бактериоскопии материал (113 мазков от 86 больных ДТ). При получении культур МБТ от данных больных, проводилось параллельное исследование (49 культур) и сравнение полученных результатов. ДНК из препаратов для микроскопии, окрашенных ауромин-родамином или по Цилю-Нельсену, (содержание кислотоустойчивых микроорганизмов от 10-99 в 100 полях зрения до 1-10 в поле зрения при просмотре не менее 50 полей); из культур МБТ выделяли с использованием SDS, протеиназы К, смеси CTABS/NaCL. Для экспресс детекции лекарственной устойчивости к рифампицину определяли мутации в кодонах 531, 516, 526 гена rpoB с помощью RNA/RNA mismatch анализа, используя набор реагентов Mutation Screener (Ambion Inc.) При анализе ДНК МБТ, выделенной из материала, фиксированного при бактериоскопии, в основном определялась мутация в генетической структуре МБТ в кодонах 531(Ser531-Leu) у 40(46,5%) человек, в кодоне 516(Asp516-Val) у 9(10.5%) больных и 526(His526-Leu) у 8(9,3%) человек. У 29 больных результаты на определение мутаций были отрицательными. Сравнение двух методов исследования по выявлению устойчивости МБТ к рифампицину бактериологического (посев на плотные питательные среды с последующим определением устойчивости методом абсолютных концентраций) и молекулярно-генетической детекции показал, что совпадение результатов этих методов выявлено у 82 (95,3%) больных. Обильное бактериовыделение МБТ, регистрируемое бактериоскопией клинического материала является показанием для проведения экспресс диагностики лекарственной устойчивости с помощью молекулярно-генетических методов и использования полученных результатов к клинике.

Муковисцидоз

228. СРАВНИТЕЛЬНАЯ АКТИВНОСТЬ АНТИБИОТИКОВ ПРИ PS.AERUGINOSA У БОЛЬНЫХ МУКОВИСЦИДОЗОМ
Ковалева Л. Ф., Гембицкая Т.Е., Сологуб Т.С.
НИИ пульмонологии СПб ГМУ им акад. И.П.Павлова. Санкт-Петербург.

Цель исследования: целью настоящего исследования стало определение спектра чувствительности PS.aeruginosa у больных муковисцидозом (МВ) в течение 2001-2005 гг. Методы исследования: проведен анализ антибиотикограмм 274 штаммов Ps.aeruginosa, выделенных от 39 взрослых больных муковисцидозом (среднетяжелой и тяжелой формой). Выделение и идентификация возбудителя выполняли стандартными методами. Определение спектра чувствительности Ps.aeruginosa к антимикробным препаратам выполнялось с помощью диско-диффузионного метода. Анализ данных проводили с помощью программы Microsoft Excel. Результаты: наши наблюдения свидетельствуют о высокой (79,6-72%) и стабильной активности цефтазидима в отношении Ps.aeruginosa. Промежуточная чувствительность обнаружена у 1/10 штаммов этих бактерий. Цефтазидим по-прежнему остается антибиотиком выбора при синегнойной инфекции у больных МВ в Санкт-Петербурге. В то же время ципрофлоксацин уступает свои позиции, показатель его активности снизился до 30,2%. Среди аминогликозидов наибольшую активность в отношении штаммов Ps.aeruginosa, выделенных от больных МВ, проявляет тобрамицин. На протяжении всего периода наблюдения чувствительность штаммов синегнойной палочки к гентамицину и амикацину не превышала 20%, тогда как тобрамицин был эффективным в отношении половины штаммов этого патогена.

За 5- летний период наблюдения отмечалась практически стабильная чувствительность к карбенициллину на уровне 36-48% у штаммов синегнойной палочки. В этот же период сохранялась активность имипенема а отношении МВ-штаммов Ps.aeruginosa на уровне 74%. Заключение: Полученные данные указывают на необходимость назначения рациональной этиотропной терапии по результатам антибиотикочувствительности выделенного патогена.

229. ИСПОЛЬЗОВАНИЕ РЕНТГЕНОВСКОЙ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ У БОЛЬНЫХ СО СМЕШАННОЙ И ЛЕГОЧНОЙ ФОРМОЙ МУКОВИСЦИДОЗА ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ И ТЯЖЕСТИ БРОНХОЛЕГОЧНОЙ ПРОЦЕССА

Пятеркина О. Г.-1, Шагиахметова Д.С.-1, Храмова Л.В.-1, Максимова Л.П.-1, Пигалова С.А.-1, проф.Булатов В.П.-2
Детская республиканская клиническая больница МЗ РТ, Казань - 1, Казанский государственный медицинский университет им. Курашова - 2

Цель: Определить необходимость проведения рентгеновской компьютерной томографии (РКТ) у больных смешанной и преимущественно легочной формах муковисцидоза (МВ) для уточнения тяжести поражения бронхолегочной системы. По мере прогрессирования заболевания чувствительность рентгенографии органов грудной клетки к изменениям в легких снижается. Для диагностики распространенности и выраженности легочной патологии у больных с МВ в последние годы широкое применение находит рентгеновская компьютерная томография. Методы исследования: Исследование проводилось с помощью аппарата фирмы "Toshiba" X-SPEED, применялась программа с толщиной среза 10мм, шагом 10мм, детям до 3 лет с толщиной среза 5мм, шагом 5мм. В период с 1995 по 2006г. было обследовано 39 пациентов с МВ в возрасте от 2 до 18 лет. При прогрессировании легочного процесса РКТ проводилась повторно через 1-4 года. Результаты: Наиболее часто встречающимися проявлениями хронического бронхолегочного процесса являлись: утолщение стенок и деформациия бронхов (100%), перибронхиальная инфильтрация (20,5%), диффузные фиброзные изменения легочной ткани (82%) и бронхоэктазии (69%). Следует отметить, что утолщение стенок бронхов выявлялось у больных на ранних этапах развития заболевания. У 4 детей выявлена эмфизема легких и сегментарные ателектазы, у 1 ребенка обнаружена сопутствующая патология - врожденная гипоплазия верхней доли правого легкого. Заключение: РКТ является объективным методом исследования, не требующим специальной подготовки, сочетание высокоразрешающих методик у пациентов с МВ позволяет оценить выраженность морфологических изменений, возникающих в результате развития болезни, выявить объем поражения и локализацию бронхиальной деформации, пневмофиброза и бронхоэктазий и определить тактику медикаментозной терапии.

230. ОРГАНИЗАЦИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ, БОЛЬНЫМ МУКОВИСЦИДОЗОМ (МВ) В ОРЕНБУРГСКОЙ ОБЛАСТИ.

Скачкова М.А., Бушина М.Г., Батяева М.В., Карпова Е.Г., Тарасенко Н.Ф., Харченко О.А., Лаптева Н.М., Никитина О.В.
Оренбургская государственная медицинская академия

В центре МВ на базе МДГКБ г.Оренбурга наблюдаются 45 больных (от 7мес. до 22лет). Из них 85%-со смешанной формой, более половины имеют тяжелое течение МВ. Лечение и наблюдение за больными осуществляется как в круглосуточном, так и дневном стационаре. Более 1/2 детей прошли генетическое обследование. Наиболее тяжелое течение МВ характерно для следующих больных: с неидентифицированной мутацией, с delF508, с del21kb. В клинической картине преобладают: хронический обструктивный

бронхит, бронхоэктазы, легочное сердце, хроническая панкреатическая недостаточность, цирроз печени, отставание в физическом развитии, несмотря на адекватную заместительную терапию ферментами. При определении функции внешнего дыхания у больных со среднетяжелым течением МВ определялись рестриктивные нарушения, а при тяжелом течении–смешанные. Со стороны сердца–у всех нарушение процессов реполяризации, но только при тяжелом течении МВ отмечено раннее и стойкое увеличение полостей сердца, (delF508/del21kb). При ультразвуковом исследовании внутренних органов наиболее часто отмечались отклонения со стороны печени в виде гепатомегалии, изменения эхогенности паренхимы или характера сосудистого рисунка. За последние 5 лет отмечается улучшение качества диагностики, о чем свидетельствует не только увеличение количества больных, но и то, что 1/3 наблюдаемых детей проживают в селах области. При раннем назначении современной терапии удается в короткий срок существенно снизить частоту и тяжесть обострений, улучшить показатели нутритивного статуса, что увеличивает продолжительность жизни больных (20% перешли во взрослую службу). Центр в этом году был оснащен потовым анализатором «Макродакт», а также небулайзерами «Пари». За последний год не было зарегистрировано ни одного летального исхода от МВ в нашем регионе.

231. ЧАСТОТА ПАТОЛОГИИ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ С ОФВ1/ФЖЕЛ<70%, У ЛИЦ С МУТАЦИЕЙ ΔF508 ГЕНА МУКОВИСЦИДОЗА В ПОПУЛЯЦИИ Г. НОВОСИБИРСКА

Гурина И.В.-1, Логвиненко Н.И.-2, Воевода М.И.-1, Максимов В.Н.-1, Ромащенко А.Г-1
ГУ НИИ терапии СО РАМН-1, НГМУ -2, г. Новосибирск

Цель: изучить влияние мутации ΔF508 гена муковисцидоза на частоту выявления патологии органов дыхания у лиц со снижением ОФВ1/ФЖЕЛ<70%.
Материалы и методы: обследована выборка 9397 человек в г. Новосибирске в рамках международной программы HAPIEE: анкетирование, молекулярно-генетическое исследование (мутация ΔF508) , спирометрия.
Результаты: Проведен анализ сочетания хронических заболеваний дыхательных путей со снижением ОФВ1/ФЖЕЛ<70%. Из 356 обследованных не имеющих ΔF508 мутации, но имеющих ОФВ1/ФЖЕЛ<70% - 145 человек отметили в анамнезе хронические заболевания дыхательных путей (40%). В группе лиц с мутацией из 8 человек, имеющих ОФВ/ФЖЕЛ<70% - 2 (25%) (p=0,370).
Из 356 человек не имеющих мутации, но имеющих синдром бронхиальной обструкции (ОФВ1/ФЖЕЛ<70%), диагноз бронхиальной астмы был выставлен - 35 (9,8%). Из 8 человек в группе гетерозиготных носителей, имеющих ОФВ1/ФЖЕЛ<70%, бронхиальной астмы в анамнезе не выявлено. Анализ наличия в анамнезе бронхиальной астмы при отсутствии изменений (ОФВ1/ФЖЕЛ≥70%; ОФВ1≥80%) выявил достоверные различия между сравниваемыми группами (p=0,001). В группе без мутации из 6543 бронхиальная астма выявлена у 165 человек - 2,5%, у гетерозигот по мутации Δ F508 из 69 человек диагноз бронхиальной астмы имели 6 обследованных - 8,7%.
Заключение: в сравниваемых группах одинаково часто встречаются хронические заболевания дыхательных путей и астма в сочетании со снижением ОФВ1/ФЖЕЛ<70%, однако при ОФВ1/ФЖЕЛ≥70% и ОФВ1≥80% бронхиальная астма встречается чаще у гетерозигот по мутации Δ F508.

232. РОЛЬ ОБЛИТЕРИРУЮЩЕГО БРОНХИОЛИТА (ОБ) В ПАТОГЕНЕЗЕ МУКОВИСЦИДОЗА

Желенина Л. А.Орлов А.В., Козлов А.В., Сесь Т.П.
Детская городская больница Св. Ольги. Санкт-петербург

Муковисцидоз характеризуется тяжелым течением респираторной патологии. Бронхиальная обструкция при МВ в разные периоды жизни больного имеет определенные патогенетические доминанты. Целью исследования явилось изучение особенностей формирования бронхиальной обструкции в течении хронического инфекционного процесса в легких. Всего было обследовано 40 больных МВ. У 18 отмечалось тяжелое течение заболевания. у 22- среднетяжелое. В динамике заболевания проводились клинико-рентгенологические. функциональные и иммунологические исследования. позволявшие оценить цитокиновый профиль иммунологического ответа. Результаты исследования. Частота стафилококковой инфекции составила 71, 4%, синегнойной -28, 6% у детей со средней тяжестью течения МВ. Синегнойная инфекция выделялась у всех больных с тяжелым течением заболевания. При синегнойной инфекции в легких показатели ОФВ1 были достоверно ниже у тяжелых больных, в этой группе чаще отмечалась гиперреактивность бронхов. При компьютерной томографии были выявлены прямые и косвенные признаки облитерации бронхиол у 15 из 18 тяжелых больных. В группе детей со среднетяжелым течением МВ этих изменений не было обнаружено. У пациентов с тяжелым течением МВ отмечался Th2 цитокиновый иммунологический ответ (увеличение Il-4, IgE), в то время как у пациентов со среднетяжелым течением МВ выявлялся Th1-ответ. Полученные клинические и иммунологические данные подтверждают гипотезу формирования облитерации бронхиол у больных с длительно текущим инфекционно-воспалительным процессом в легких. Продолжительное антигенное воздействие приводит к переключению иммунологического ответа с Th1 на Th2 систему. цитокины которой активизируют фибробласты и происходит отложение коллагена. Формирование ОБ утяжеляет течение МВ и требует дополнительной терапии.

233. ВЛИЯНИЕ КУРЕНИЯ И МУТАЦИИ ΔF508 ГЕНА МУКОВИСЦИДОЗА НА ФОРМИРОВАНИЕ БРОНХООБСТРУКТИВНОГО СИНДРОМА (БОС) В ПОПУЛЯЦИИ ГОРОДА НОВОСИБИРСКА

Гурина И.В.-1, Логвиненко Н.И.-2, Воевода М.И.-1, Максимов В.Н.-1, Ромащенко А.Г-1
ГУ НИИ терапии СО РАМН-1, НГМУ -2, г. Новосибирск

Цель: изучить частоту БОС и оценить влияние генетических факторов и курения на его формирование. Материалы и методы: В рамках международной программы HAPIEE обследовано 9397 жителей Новосибирска. Всем обследованным проведено молекулярно-генетическое исследование, на мутацию Δ F 508 гена муковисцидоза, спирометрия, изучен анамнез курения. Результаты: из выборки 9397 человек выделена группа - 109 человек, имеющих мутацию Δ F 508 гена муковисцидоза. Спирометрия в группе без мутации проведена 6899 обследованным: мужчины составили 47,08% (3248 человек) женщины 52,92% (3641 человек). БОС (ОФВ1/ФЖЕЛ<70%) выявлен у 356 человек (5,1%). В группе с мутацией спирометрия проведена 76 обследованным, из которых было 28 мужчин (36,8%) и 49 женщин (63,2%). Снижение ОФВ1/ФЖЕЛ<70% выявлено у 8 человек (10,5%). Получены достоверные различия по наличию БОС (ОФВ1/ФЖЕЛ<70%) в группе бывших курильщиков: без мутации - 6,4% а в группе с мутацией -20% и в группе никогда не куривших: без мутации - 2,8%, и у гетерозигот - 8,2% (p=0,05 и p=0,027). Заключение: таким образом, у лиц, имеющих мутацию Δ F 508 гена муковисцидоза, в 2 раза чаще встречаются нарушения ФВД; на формирование БОС у лиц без мутации влияет фактор курения, у некурящих лиц – мутация Δ F 508 гена муковисцидоза.

234. ОСНОВНЫЕ МЕХАНИЗМЫ РАЗВИТИЯ ОСТЕОПЕНИИ ПРИ ХРОНИЧЕСКИХ БОЛЕЗНЯХ ЛЕГКИХ У ДЕТЕЙ

Горинова Ю. В.
ГУ НЦЗД РАМН

За последние годы в доступной литературе появились убедительные данные свидетельствующие, что нередко у пациентов с хроническими болезнями легких (ХБЛ) диагностируется остеопения (ОП), которая клинически идентифицируется со снижением костной минеральной плотности (КМП). Данные о механизмах развития ОП у детей немногочисленны и относятся, в первую очередь, к пациентам с муковисцидозом (МВ). В настоящее время у детей с муковисцидозом отмечается большая продолжительность жизни благодаря совершенствованию диагностики и терапии. К сожалению, диагностика ОП как одного из осложнений МВ, проводится на поздних стадиях заболевания. Низкая костная минеральная плотность снижает качество жизни многих детей и взрослых с МВ. Патогенез нарушения минерализация костной ткани у данной категории больных недостаточно хорошо изучен. К числу факторов развития ОП относят задержку биологического созревания, пубертатного скачка роста, мальабсорбцию, недостаток витамина Д, гипогонадизм, снижение физической активности. Дополнительные нарушения гомеостаза кальция при МВ включают нарушение процессов всасывания и умеренный вторичный гиперпаратиреоидизм. Сообщается, что существует взаимосвязь между снижением КМП и содержанием витамина Д, недостаточным питанием, легочной функцией и возрастом. В последнее время обсуждается влияние цитокинов, в частности TNF-α и ИЛ-1, на метаболизм костной ткани. Доказано наличие важной взаимосвязи между легочной инфекцией и воспалением при МВ, которые неблагоприятно влияют на процессы костного метаболизма. Сравнительно недавно появились публикации, в которых рассматривается возможность генетической связи между МВ и ОП, в частности сообщается о прямой связи снижения КМП с наиболее часто встречающейся мутацией Δ F508.

235. ОСТЕОПЕНИЯ ПРИ МУКОВИСЦИДОЗЕ У ДЕТЕЙ

Горинова Ю. В.-1, Симонова О.И.-1
ГУ НЦЗД РАМН-1

Цель: оценить частоту встречаемости остеопении у детей при муковисцидозе (МВ). Материалы и методы. Обследовано 15 детей 10-15 лет со смешанной формой МВ. Оценка тяжести МВ проводилась по шкале Швахмана-Брасфильда в баллах: среднетяжелое течение (53±3,3 балла); тяжелое – 37.3±0,8 баллов. МВ был подтвержден на основании комплекса современных лабораторно-инструментальных исследований. Все дети находились на постоянной базисной терапии. Минеральная костная плотность (МКП) измерялась методом остеоденситометрии поясничного отдела позвоночника на аппарате «DPX-MD+» (Lunar,США). Уровень ионизированного кальция в плазме крови определяли ионселективным методом на аппарате «Микролит» (фирма «Конелаб», Финляндия). Суточная экскреция кальция с мочой определялась методом спектрофотометрии на автоматическом биохимическом анализаторе «Синхрон СХ-5 дельта» («Бекман- Культер», Швейцария). Результаты. Снижение МПКТ в данной группе детей с МВ диагностировано у 3 детей (20%) с тяжелым течением болезни и задержкой физического развития. Показано, что содержание минерала и минеральная плотность костной ткани тесно связаны с тяжестью течения МВ ($r=0.74$, $p<0.05$). Выявлено, что уровень костной массы прямо коррелирует с содержанием ионизированного кальция в крови и экскрецией кальция с мочой: $r = 0.7$ ($p<0.05$); $r = 0,5$ ($p<0,05$). Выводы. Остеоденситометрию следует включить в стандарт медицинской помощи детям с МВ. Многолетний прием комплексной базисной терапии, включающий также назначение водного раствора витамина Д3 и поливитаминов с микроэлементами, оказывает положительное влияние на процессы минерализации костной ткани при МВ.

236. ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ МУКОЛИТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ У ДЕТЕЙ БОЛЬНЫХ МУКОВИСЦИДОЗОМ

Павлинова Е. Б. - 1, Сафонова Т.И. - 2, Мингаирова А.Г. - 1, Корнеева Т.Ю. - 1
Омская государственная медицинская академия - 1, Областная детская клиническая больница -2

Цель: оценка влияния терапии дорназой альфа на клинико-функциональную характеристику больных МВ в зависимости от типа микробной колонизации дыхательных путей.
Методы. Под наблюдением находились 20 детей со смешанной формой муковисцидоза, 11 мальчиков и 9 девочек, средний возраст 12,2 ± 3,5 лет. В результате проведенного анализа все больные были разделены на 3 группы: 1 группа – дети, у которых микробиологический спектр не включает Ps. aeruginosa, 2 группа - дети с периодической колонизацией Ps. aeruginosa, 3 группа - дети с хронической колонизацией Ps. aeruginosa. Дорназа альфа была назначена всем пациентам в возрасте старше 1 года по 2,5 мг (2500 ед) ежедневно в ингаляциях через компрессорный небулайзер и применялась для постоянной поддерживающей муколитической терапии в течение 2004 –2006 гг. При динамическом наблюдении в течение 2 лет оценивали клинические данные, показатели функции внешнего дыхания, результаты бактериологического исследования мокроты.
Результаты. Двухгодичное исследование показало, что на фоне терапии дорназой альфа у пациентов 1 группы не отмечалось инфицирования синегнойной палочкой, а у больных 2 и 3 групп снизилась обсемененность мокроты Ps. aeruginosa и, следовательно, достоверно уменьшилось количество обострений бронхолегочного процесса. Применение дорназы альфа в течение 2 лет у детей с МВ позволило увеличить показатели ОФВ1 до +10% у больных 2 группы и до +14% у больных 3 группы, а также сохранить неизменными показатели у пациентов 1 группы, что улучшает прогноз течения заболевания.
Выводы. Препарат дорназа альфа (Пульмозим) может с успехом применяться в комплексной терапии больных МВ, с наиболее выраженным эффектом у пациентов, имеющих периодическую и хроническую колонизацию дыхательных путей синегнойной палочкой.

Нарушения дыхания во время сна

237. ДИАГНОСТИКА И ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ СИНДРОМА ОБСТРУКТИВНОГО АПНОЭ/ГИПОПНОЭ СНА В СОЧЕТАНИИ С ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ

Маркин А. В., Мартыненко Т.И., Шойхет Я.Н.
Алтайский краевой пульмонологический центр, Городская больница №5

Цель: Определить особенности проведения респираторной поддержки у больных с сочетанием синдрома обструктивного апноэ/гипопноэ сна (СОАГС) и хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ).
Материалы и методы: Проанализированы 62 случая СОАГС (53 мужчины, 9 женщин в возрасте 32 до 83 лет). Для диагностики СОАГС использовались клинические критерии, полисомнографическое исследование с помощью полной полисомнографической системы Embla N7000. Лечение проводилось аппаратами AutoSet Spirit и VPAP III ResMed, концентратором кислорода Allience.
Результаты: У 28 из 62 (45,2%) пациентов с СОАГС заболевание сочеталось с ХОБЛ (синдром перекреста). Индекс апноэ/гипопноэ у этих больных был равен от 5 до 113 в час. У 22 из 28 пациентов (78,6%) с целью коррекции дыхательных расстройств во время сна проводилась респираторная поддержка: у 17 (60,7%) – CPAP-терапия с уровнем лечебного давления 12,2±1,7 см H2O (от 9 до 15 см H2O), у 5 (17,8%) - имелись показания к двухуровневой вентиляции легких (BiPAP-терапии) с IPAP=19,3±2,4 см H2O (от 16,8 до

22,6 см H2O), EPAP=13,6±1,2 см H2O (от 12,0 до 15,0 см H2O). Двум пациентам (7,1%), всвязи с сохраняющейся гипоксемией на фоне агрессивных параметров BiPAP-терапии, проводилась кислородотерапия в порт маски. Курсовое лечение продолжалось в течение 3-15 ночей. Длительное лечение в домашних условиях продолжили 2 пациента (7,1%). Выводы: В практике специализированного пульмонологического отделения частота встречаемости синдрома перекреста составляет 45,2%. При подборе респираторной поддержки у больных с сочетанием СОАГС и ХОБЛ необходимо иметь возможность двухуровневой вентиляции легких. Наличие ХДН у больных с перекрест-синдромом предполагает использование дыхательного оборудования в сочетании с концентраторами кислорода.

238. СИНДРОМ ОБСТРУКТИВНОГО АПНОЭ ВО СНЕ КАК ФАКТОР ПАТОГЕНЕЗА ХРОНИЧЕСКОЙ АЛЬВЕОЛЯРНОЙ ГИПОВЕНТИЛЯЦИИ ПРИ ОЖИРЕНИИ

Пальман А. Д.
Московская медицинская академия им. И. М. Сеченова

Целью настоящего исследования было установить, какую роль играют обструктивные нарушения дыхания во время сна в патогенезе хронической дыхательной недостаточности у пациентов с ожирением.
Были проанализированы результаты обследования 12 пациентов с хронической альвеолярной гиповентиляцией (pCO2 в бодрствовании > 45 мм рт. ст.) на фоне выраженного ожирения. Больным проводилось кардиореспираторное мониторирование во время сна, исследовались функция внешнего дыхания и газовый состав крови в бодрствовании. У всех пациентов с хронической альвеолярной гиповентиляцией на фоне выраженного ожирения был диагностирован тяжелый синдром обструктивного апноэ во сне (СОАС). В этой группе была выявлена прямая зависимость величины pCO2 в бодрствовании от тяжести СОАС ($r=0,70$; $p<0,05$). 10 больным проводилась СиПАП-терапия во время сна, на фоне которой у 7 из них было отмечено улучшение дневных показателей газообмена.
Методом “случай-контроль” была сформирована контрольная группа из 12 больных с выраженным ожирением и СОАС, но нормальными цифрами pCO2 в бодрствовании. Основная и контрольная группы не различались по индексу массы тела и показателям функции внешнего дыхания. При этом у больных с альвеолярной гиповентиляцией имели место достоверно более тяжелые дыхательные нарушения во время сна (соответственно 68±16 и 41±18 событий в час; $p<0,01$). Зависимость между величиной pCO2 в бодрствовании и тяжестью СОАС в группе контроля не наблюдалась. Таким образом, СОАС является одним из значимых факторов, приводящих к возникновению хронической альвеолярной гиповентиляции у пациентов с выраженным ожирением. Первым и обязательным этапом при лечении хронической дыхательной недостаточности у таких больных должна стать коррекция обструктивных нарушений дыхания во время сна.

239. ВЛИЯНИЕ ТИОТРОПИЯ БРОМИДА (СПИРИВА) НА КАЧЕСТВО СНА И НОЧНОЕ НАСЫЩЕНИЕ АРТЕРИАЛЬНОЙ КРОВИ КИСЛОРОДОМ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ.

Голубев Л. А., Бабак С.Л.
ФГУ НИИ Пульмонологии Росздрава, Москва.

Повышение холинэргического тонуса мышц бронхоконстрикторов в ночной период времени может являться причиной выраженных изменений сатурации крови (SaO2) и «плохого сна» у пациентов ХОБЛ. Материалы и методы: 30 пациентов со среднетяжелым

течением ХОБЛ были включены в проспективное, рандомизированное, перекрестное исследование. После 2 недель включения пациенты были рандомизированы на 2 группы: 1 группа в течение 6 недель терапии получала тиотропия бромид (ТБ) в порошке для ингаляций (18 мкг) через хандихаллер 1 раза в день, 2 группа – формотерола фумарат (ФФ) в порошке для ингаляций (12 мкг) через аэролайзер 2 раза в день. В течение последующих 6 недель лечение в группах менялось на противоположное. Качество сна и особенности дыхательного паттерна оценивались каждые 3 недели при полисомнографии, проводимой по стандартизованной методике ASDA. Показатели сонливости (ESS) и пред./пост. ночная спирометрия осуществлялась при начальном визите, после первого назначения препарата, в конце каждого 6 недельного периода наблюдения. Результаты: обнаружен достоверный ($p<0,05$) прирост по сравнению с базовыми показателями утренних значений FVC, FEV1, SaO2, при терапии как ТБ и ФФ, без достоверных различий между ними. Терапия ТБ достоверно снижала сонливость ESS (7,2+/-0,5 вместо 14,5+/-0,5), увеличивала время REM-сна (68,7+/-5,2 мин. вместо 42,1+/-4,7мин.) не оказывая влияния на другие стадии сонного процесса. Терапия ФФ не имела подобных эффектов. Заключение: терапия ТБ позволяет достоверно повысить качество сна и увеличить средний показатель SaO2 у пациентов ХОБЛ.

240. ВЛИЯНИЕ НЕИНВАЗИВНОЙ РЕСПИРАТОРНОЙ ПОДДЕРЖКИ (CPAP-ТЕРАПИИ) НА ЛЕГОЧНУЮ ГЕМОДИНАМИКУ ПАЦИЕНТОВ ХОБЛ ПРИ ЯВЛЕНИЯХ ОБСТРУКЦИИ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ В ПЕРИОД СНА.

Бабак С.Л., Голубев Л.А.
ФГУ НИИ Пульмонологии Росздрава, Москва

Несмотря на ряд проведенных исследований, развитие легочной гипертензии у пациентов ХОБЛ с синдромом обструктивного апноэ сна (СОАС) остается мало понятным и плохо изученным. Целью настоящей работы явилось изучение особенностей легочной гипертензии у пациентов ХОБЛ+СОАС, не имеющих других видов сердечной или легочной патологии, приводящих к развитию легочной гипертензии, и оценка лечебного эффекта неинвазивной респираторной поддержки в режиме постоянного положительного давления в дыхательных путях (CPAP-терапии) на показатели давления в легочной артерии P(PA). Материалы и методы: 26 пациентов (из них 20 мужчин) в возрасте 51,0 +/- 9,6 лет с диагнозом ХОБЛ+СОАС (группа 1)и 10 пациентов контрольной группы (группа 2) были включены в 6 месячное рандомизированное контролируемое исследование. Изучение показателей давления в легочной артерии проводилось методом пульс-волновой доплер-эхо-кардиографии соответственно всем пациентам исходно и на 6 месяце проведения CPAP-терапии. Результаты: Достоверное уменьшение показателей давления в легочной артерии P(PA) отмечалось среди пациентов первой группы (18,3 +/- 4,1 vs. 11,6 +/- 1,2 мм. рт. ст. $p<0,001$). Среди пациентов контрольной группы у 5 исследуемых определялось умеренное повышение показателей давления в легочной артерии (P(PA) > или равно 20 мм.рт.ст.). Выводы: 18,9% пациентов ХОБЛ+СОАС, без других проявлений сердечной и легочной патологии старшей возрастной группы, имеют повышенную массу тела, низкие показатели оксигенации крови в дневные часы и умеренное повышение средних показателей давления в легочной артерии (P(PA)). CPAP-терапия достоверно нормализует патологические проявления синдрома сочетанной обструкции и легочной гипертензии при ее регулярном осуществлении в течение 6 месяцев.

241. ПАТТЕРН ДЫХАНИЯ ВО СНЕ У БОЛЬНОГО С ПОСТРЕАНИМАЦИОННОЙ БОЛЕЗНЬЮ ГОЛОВНОГО МОЗГА

Лышова О.В.-1, Есауленко И.Э.-1, Смольянинов С.В.-2, Белянский В.М.-2, Лазарева О.М.-2, Губарева Е.Н.-2, Кулакова А.А.-2, Окс Н.М.-2, Горшкова М.А.-2
ГОУ ВПО "ВГМА им. Н.Н. Бурденко Росздрава" - 1, Госпиталь ФГУЗ "МСЧ ГУВД ВО" -

2, Воронеж, Россия

В рамках клинического испытания нового портативного регистратора «Кардиотехника - 06» (ЗАО ИНКАРТ, С-Пб.) проведено суточное полифункциональное мониторирование (ЭКГ, пневмограмма, двигательная активность и положение тела, пульсоксиметрия, назальный поток воздуха) больному А., 30 лет с диагнозом: постреанимационная болезнь головного мозга; постгипоксическая энцефалопатия III степени; выраженная смешанная гидроцефалия головного мозга; деменция; лёгкий тетрапарез; сгибательная контрактура левого локтевого сустава. В анамнезе: в 2002 г. на фоне полного здоровья перенёс внезапную остановку сердца неясного генеза. Реанимационные мероприятия продолжались 50 мин, после чего на протяжении трёх недель находился в состоянии комы. В настоящее время на динамической ЭКГ: синусовый ритм с ЧСС 57 - 122 в 1 минуту, одиночная предсердная и нижнепредсердная экстрасистолия в непатологическом количестве, в период сна эпизоды миграции водителя ритма до атриовентрикулярного узла. Синдром ранней реполяризации желудочков. Ишемических изменений (в покое и при движении), значимых изменений QT-интервала не выявлено. Вариабельность сердечного ритма сохранена. Соотношение высоко- и низкочастотного компонентов спектра сбалансировано. В период сна отмечается паттерн дыхания с математически точным повторением дыхательных циклов по временным характеристикам и амплитуде относительно изолинии (монотонный ритм). Число апноэ/гипопноэ в пределах нормы (всего: 6, суммарная продолжительность 2 мин). Периодических типов дыхания, вставочных вдохов зарегистрировано не было. Показатели сатурации кислорода колебались в пределах 89 - 99 %%. Ранее сообщалось о наблюдении вышеуказанного паттерна дыхания у новорождённого ребёнка с врождённой гидроцефалией и у детей, перенёсших искусственную вентиляцию лёгких.

Неинвазивная диагностика в пульмонологии

242. СУММАРНАЯ КОНЦЕНТРАЦИЯ НИТРАТОВ И НИТРИТОВ (TNN) В КОНДЕНСАТЕ ВЫДЫХАЕМОГО ВОЗДУХА (КВВ) – ИНТЕГРАЛЬНЫЙ ПОКАЗАТЕЛЬ СИНТЕЗА ОКСИДА АЗОТА В РЕСПИРАТОРНОМ ТРАКТЕ.

Соодаева С.К., Климанов И.А., Лисица А.В.
ФГУ НИИ Пульмонологии Росздрава.

Введение. Оксидативный стресс сопровождается гиперпродукцией активных форм кислорода (АФК) и азота и играет ключевую роль в патогенезе большинства респираторных патологий. Известно, что супероксиданионный радикал с высокой константой скорости взаимодействует с оксидом азота, с формированием пероксинитрита, при распаде которого образуются нитрат и нитрит анионы.
Цель. Поэтому целью нашей работы было исследование влияния генерации АФК периферическими макрофагами крови (ХЛ-ответ) на уровень TNN в КВВ у пациентов с обострением легкой бронхиальной астмы (лБА), имеющих нормальные значения выдыхаемого оксида азота (NOex).
Материалы и методы. Обследовано 38 пациентов: 18 пациентов с обострением лБА (группа 1) и 20 практически здоровых добровольцев (группа 2). NOex и ХЛ-ответ определялись хемилюминесцентными методами, TNN в КВВ – спектрофотометрически.
Результаты. В группе 1 концентрация NOex составила 7,7±3,2 ppb, что не превышало контрольных значений группы 2 (6,2±3,7 ppb, $p>0,05$). В тоже время, в группе 1 уровень ХЛ-ответа периферических макрофагов был в 3 раза выше, чем в группе 2 (11,42±2,25 и 3,60±1,00 относительных единиц соответственно, $p<0,05$). При анализе содержания TNN в КВВ нами выявлено достоверное превышение этого параметра в группе 1 в сравнении с

контрольной группой (13,1±2,6μM и 5,1±2,7μM соответственно, p<0,05).
Выводы. Таким образом, нами показано, что часть пациентов с обострением лБА могут иметь невыходящие за пределы контрольных значения NOex, и что определение TNN в КВВ у этих пациентов дает более адекватную оценку синтеза оксида азота в респираторном тракте.

243. ОКСИД АЗОТА ВЫДЫХАЕМОГО ВОЗДУХА В ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ ХРОНИЧЕСКОГО КАШЛЯ

Вознесенский Н.А., Ахметов Р.Х., Пашкова Т.Л.
ФГУ НИИ Пульмонологии Росздрава

Хронический кашель является одной из наиболее частых диагностических проблем в амбулаторной пульмонологии. Оксид азота выдыхаемого воздуха повышается у астматиков. Мы исследовали роль NO для этиологической диагностики хронического кашля. Может ли NO служить маркером кашлевой БА? В этом исследовании в условиях реальной практики мы набрали 46 взрослых больных с хроническим кашлем, посетивших пульмонолога поликлиники. Клинические исследования включали рентгенограмму легких, спирометрию и тест с метахолином, гастроскопию при показаниях. NO измеряли на хемилюминесцентном анализаторе в соответствии с рекомендациями ATS и ERS. Пациенты были разделены на 2 группы соответственно выявленной причине кашля: 1-я – кашлевая БА (18 чел.), 2-я – все остальные состояния (28 чел.)., включившие постназальный затек, гастроэзофагеальный рефлюкс, ХОБЛ, постинфекционный кашель, прием ингибиторов АПФ. NO был значительно выше в группе кашлевой астмы (52.3 +/- 42.2 ppb) по сравнению с неастматиками (10.4 +/- 5.0 ppb), p = 0.029. NO не коррелировал с бронхиальной гиперреактивностью (концентрация метахолина, вызывавшая 20% снижение ОФВ1), но повышение NO было значимым прогностическим фактором положительной реакции на метахолин. Мы полагаем, что высокий уровень NO может служить маркером кашлевой БА и использоваться для дифференцирования этого состояния от других причин кашля.

244. ТУБЕРКУЛЁЗ И ХОБЛ, ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ.

Игнатова Г.Л., Солоха И.А.
Кафедра терапии, фтизиопульмонологии и профпатологии УГМАДО г. Челябинск

Цель. Выявление клинических особенностей развития и течения туберкулёза органов дыхания (ТОД) на фоне хронической обструктивной болезни лёгких (ХОБЛ).
Методы. Анкетирование, анализ медицинской документации со статистической обработкой результатов при помощи пакета прикладных программ Statistica v. 6.0 for Windows, “StatSoft Inc.”. Дизайн исследования. Аналитическое исследование.
Результаты. Проанализировано 142 случая впервые выявленного (ТОД) у мужчин старше 35 лет. Средний возраст пациентов - 52,2 , рабочие -42 (29,9%) и пенсионеры - 37 (25,8%). В структуре ТОД инфильтративный туберкулёз встречался в 69,9% случаев, малые формы - в 11,9%, распространенные формы – в 18,2% случаев. Бактериовыделение обнаружено у 66,6% больных, у 57,9% пациентов процесс сопровождался распадом. Сопутствующая лёгочная патология диагностирована у пациентов с ТОД в 77,9% случаев: у 53,0% - хронический простой бронхит (ХПБ), у 26,1% - ХОБЛ. При обращении за медицинской помощью у больных ХОБЛ туберкулёз был выявлен в 77,1%. ТОД на фоне ХОБЛ протекал под маской обострения лёгочного заболевания в 67,6% случаев. У 38,2% больных ХОБЛ туберкулёз выявлялся в стационарах общей лечебной сети. Распространённое туберкулёзное поражение лёгких у больных ХОБЛ отмечалось в 79,4% случаев, с распадом лёгкого в 65,7%. Бактериовыделение отмечено у 17 (68,0%) человек, в том числе в мазке мокроты - у 13 (52,0%) человек. Выводы. ТОД у больных с

ХНЗЛ дебютирует часто под маской обострения ХПБ и ХОБЛ, выявляется преимущественно несвоевременно, склонен к прогрессирующему течению, распространенному поражению с формированием деструкции, что затягивает и усложняет процессы диагностики, ухудшает прогноз, удлиняет сроки излечения.

245. КРИТЕРИЙ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ ТЯЖЁЛЫХ ОБСТРУКТИВНЫХ И РЕСТРИКТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ НА ОСНОВЕ НЕИНВАЗИВНОЙ ОЦЕНКИ ДЫХАТЕЛЬНОГО ПАТТЕРНА

Зулкарнеев Р.Х., Загидуллин Ш.З., Арасланова М.С., Усатова О.С., Хафизов Н.Х.
Башкирский государственный медицинский университет

Цель: поиск критерия дифференциальной диагностики обструктивных и рестриктивных нарушений функции внешнего дыхания среди параметров паттерна спонтанного дыхания. Материал: включено больных бронхиальной астмой (БА) –197 чел., хронической обструктивной болезнью лёгких (ХОБЛ) - 72 чел., внебольничной пневмонией (ВП) - 114 чел. с различной тяжестью течения заболеваний и 137 здоровых лиц в контрольной группе. Методы: оценивались параметры естественного дыхательного паттерна с помощью неинвазивного метода - импедансной пневмографии без присоединения каких-либо устройств к дыхательным путям обследуемого. Измерялись продолжительность фаз дыхательного цикла, а также отношение времени достижения пиковой скорости выдоха от начала выдоха к общей продолжительности выдоха Tpef/Te. Проводился анализ операционной характеристики теста (ROC). Определялись чувствительность (Se) и специфичность (Sp) критерия. Функция внешнего дыхания оценивалась с помощью спирографии. В исследование не включались пациенты с сочетанными тяжёлыми обструктивно-рестриктивными нарушениями. Результаты: среди проанализированных параметров дыхательного паттерна только показатель Tpef/Te существенно различался в обследованных группах. Для дифференциальной диагностики преобладающих тяжёлых обструктивных нарушений функции внешнего дыхания с ОФВ1 менее 50%должн. был установлен критерий Tpef/Te<37,7% (Se 59%, Sp 71%), для преобладающих тяжёлых рестриктивных нарушений с ЖЕЛ менее 50% должн. – Tpef/Te>42,7% (Se 80%, Sp 67%). Выводы: показатель дыхательного паттерна Tpef/Te может использоваться для дифференциальной диагностики преобладающих тяжёлых обструктивных и рестриктивных нарушений при заболеваниях органов дыхания.

246. КРИТЕРИИ ОЦЕНКИ ВАРИАБЕЛЬНОСТИ КАРДИОРЕСПИРАТОРНОГО ПАТТЕРНА ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ

Зулкарнеев Р.Х., Загидуллин Ш.З., Бакирова В.Э., Усатова О.С., Хафизов Н.Х.
Башкирский государственный медицинский университет

Цель: определение критериев кардиореспираторных нарушений, общих для наиболее частых заболеваний органов дыхания. Материал: включено больных бронхиальной астмой (БА) –197 чел., хронической обструктивной болезнью лёгких (ХОБЛ) - 72 чел., внебольничной пневмонией (ВП) - 114 чел. с различной тяжестью течения заболеваний и 137 здоровых лиц в контрольной группе. Методы: оценивались коэффициенты вариации параметров кардиореспираторного паттерна на основе анализа 10-мин. синхронных записей импедансной пневмограммы и ЭКГ с помощью аппаратно-программного комплекса. Проводился анализ операционной характеристики теста (ROC). Определялись чувствительность (Se) и специфичность (Sp) критерия. Результаты: учитывая, что сдвиги параметров вариабельности кардиореспираторного паттерна при БА, ХОБЛ и ВП носят в основном однонаправленный характер, были определены критерии диагностики патологических изменений внешнего дыхания и кровообращения, общие для указанных заболеваний. В их число вошли: коэффициент вариации кардиоинтервалов CVNN<4,4%

(Se 66%, Sp 85%), коэффициент вариации продолжительности дыхательного цикла TtotCV<14,6% (Se 51%, Sp 77%), коэффициент вариации постэкспираторной паузы TpCV<47,8% (Se 67%, Sp 81%). Были также определены общие критерии диагностики тяжёлого течения исследованных заболеваний органов дыхания: коэффициент вариации кардиоинтервалов CVNN<4,1% (Se 83%, Sp 47%), коэффициент вариации постэкспираторной паузы TpCV<38,9% (Se 76%, Sp 54%). Установленные критерии могут использоваться в автоматизированных системах полифункционального мониторинга для непрерывной оценки кардиореспираторных нарушений.

247. АКУСТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ЗВУКОВ ЗДОРОВЫХ ЛИЦ

Гусейнов А. А.-1, Кичиева Б.Н.-2
Дагмедакадемия, Махачкала-1, больница ФГУ "ЮОМЦ Росздрава", Махачкала-2.

Цель исследования: формирование паттернов дыхания здоровых лиц и их анализ для возможного использования в диагностике заболеваний легких.
Материал и методы: на диагностическом комплексе "Паттерн" нами обследовано 108 здоровых лиц (50 мужчин и 58 женщин), средний возраст 35,2 лет. Всем им проводилась спирометрия и общеклинические методы исследования для исключения заболеваний легких. Проанализировано более 1000 бронхофонограмм (временных и частотных характеристик спектра дыхательных шумов). Сравнивались показатели акустического эквивалента работы дыхания (АРД) в различных частотных диапазонах: АРД0 - "базовый" спектр (200-1200Гц), АРД1 - общий (1200-12600Гц), АРД2- высокочастотный (5000-12600Гц), АРД3 - низкочастотный (1200-5000Гц). Проводилось сравнение показателей у мужчин и женщин, а также в трех возрастных группах по популяции в целом (16-29 лет, 30-49 лет и 50 и более лет). Для характеристики вариации вычисляли медиану, 25 и 75 процентили, статистическую значимость различия между показателями АРД в различных группах оценивали по критериям Крускала-Уоллиса и Манна-Уитни с учетом поправки Бонферрони при множественных сравнениях.
Результаты: в исследуемых группах достоверных различий не выявлено.
Выводы: сформированные паттерны дыхания здоровых лиц могут быть использованы в качестве дополнительного оценочного параметра в диагностике заболеваний легких.

248. БРОНХОФОНОГРАФИЯ (БФГ) В РЕЖИМАХ СПОКОЙНОГО И ФОРСИРОВАННОГО ДЫХАНИЯ В ДИАГНОСТИКЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЛЕГКИХ

Гусейнов А. А.
Дагмедакадемия, Махачкала. ФГУ НИИ Пульмонологии, Москва.

Цель исследования: сравнительный анализ паттернов дыхания больных обструктивными (ОЗ) и рестриктивными заболеваниями (РЗ) легких.
Материал и методы: обследовано 166 больных ОЗ и 17 - РЗ. Контрольную группу составили 108 здоровых лиц (ЗЛ). Всем исследуемым была проведена спирометрия, а больным с РЗ и общая бодиплетизмография. БФГ проведена на компьютерно-диагностическом комплексе "Паттерн" (КДК) в режимах спокойного и форсированного дыхания. Проанализировано около 2000 бронхореспирограмм (представляющих собой запись временных и частотных характеристик спектра дыхательных шумов). Оценивали показатели акустического эквивалента работы дыхания (АРД) в различных частотных диапазонах: АРД0 - 200-1200 Гц, АРД1 - 1200-12600 Гц, АРД2 - 5000-12600 Гц, АРД3 - 1200-5000 Гц, а также коэффициенты К1, К2, К3, отражающие те же параметры в относительных единицах, в соответствующих частотных спектрах. Так как распределение показателей отличалось от нормального, статистическую значимость различий показателей АРД и К в группах оценивали по критериям Крускала-Уоллиса и Манна-Уитни, с учетом поправки Бонферрони при множественных сравнениях.

Результаты:
1. Получены достоверные различия показателей:
- АРД0, АРД2, К1, К3 между ЗЛ и больными РЗ
- АРД0, АРД2 между больными ОЗ и РЗ
- АРД1, АРД3, К1, К3 между ЗЛ и больными ОЗ
2. Выявлено изменение различий показателей в исследуемых группах в режиме форсированного дыхания:
а) "исчезновение" статистической значимости различия показателей между ЗЛ и больными РЗ
б) сохранение различий между больными ОЗ и РЗ
в) их "усиление" между ЗЛ и больными ОЗ
Выводы: дальнейшие исследования акустических характеристик дыхания с помощью КДК "Паттерн" помогут выявить дополнительные оценочные параметры для диагностики заболеваний легких.

249. БРОНХОФОНОГРАФИЯ (БФГ) В ДИАГНОСТИКЕ РЕСТРИКТИВНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЛЕГКИХ

Гусейнов А. А.-1, Науменко Ж.К.-2
Дагмедакадемия, Махачкала-1, ФГУ НИИ Пульмонологии Росздрава, Москва-2

Цель исследования: анализ паттернов дыхания больных рестриктивными заболеваниями легких (РЗ) и возможности использования БФГ в диагностике рестриктивных нарушений легочной вентиляции. Материал и методы: на компьютерно-диагностическом комплексе "Паттерн" (КДК) проведена БФГ 17 больным РЗ (легочный фиброз, идиопатический экзогенный альвеолит, саркоидоз и др.). Всем пациентам были выполнены спирометрия и общая бодиплетизмография на оборудовании Master-Screen Body (Jaeger, Германия). Контрольные сравнения проводились с паттернами здоровых лиц (ЗЛ) - 108 чел. и больных обструктивными заболеваниями легких (ОЗ) - 166 чел. (В эту группу входили больные ХОБЛ и бронхиальной астмой). Всего проанализировано около 1300 бронхореспирограмм (временных и частотных характеристик спектра дыхательных шумов). Статистическую значимость различия между показателями акустического эквивалента работы дыхания (АРД) в различных частотных диапазонах и коэффициентов (К1, К2, К3), отражающих те же параметры, но в относительных единицах, оценивали по критериям Крускала-Уоллиса и Манна-Уитни с учетом поправки Бонферрони при множественных сравнениях. Результаты: выявлены достоверные различия между показателями АРД0 (спектр частот 200-1200 Гц), АРД2 (5000-12600 Гц), К1 (1200-12600 Гц), К3 (1200-5000 Гц) ЗЛ и больных РЗ и ОЗ в режиме спокойного дыхания.
Выводы: полученные данные позволяют надеяться на выявление дополнительных оценочных параметров в диагностике РЗ.

250. НЕИНВАЗИВНЫЙ МЕТОД ОПРЕДЕЛНИЯ МАРКЕРОВ ОКСИДАТИВНОГО СТРЕССА У ПАЦИЕНТОВ С ХОБЛ

Степанищева Л.А., Игнатова Г.Л., Гребнева И.В., Гасюк Н.В., Садрутдинова Н.Р.
ГОУ ДПО Уральская Государственная Медицинская Академия Дополнительного Образования Росздрава, кафедра терапии, фтизиопульмонологии и профпатологии

Цель исследования: определить конечные метаболиты оксида азота в слюне и (NO_2, NO_3 и NOx) и сыворотке крови, оценить уровень их спонтанной и индуцированной липополисахаридами микробов продукции моноцитами крови в условиях культивирования клеток in vitro и выявить взаимосвязь этих показателей. Нами обследовано 85 мужчин с I и II стадией ХОБЛ вне обострения и 30 лиц контрольной группы, не имеющих ХОБЛ. Группы были сопоставимы по полу и возрасту. Выявлены

уровни сывороточных производных оксида азота (NOx, NO3) достоверно повышенные у пациентов с ХОБЛ по сравнению с лицами контрольной группы. С помощью корреляционного анализа доказано, что уровни NOx, NO3 в культуре моноцитов со стимуляцией и без нее у больных с ХОБЛ напрямую коррелировали с содержанием конечных метаболитов оксида азота в сыворотке крови: NO2 (r=0,98, r=0,68, p<0,05), с NOx (r=0,60, r=0,94), с NO3 (r=0,61, r=0,95).Корреляционный анализ выявил также взаимосвязь между иммунными показателями секреторного и системного иммунитета у пациентов с ХОБЛ. Существует прямая сильная связь между Ig G, Ig A, Ig M крови и Ig G, sIg A слюны (r=0,95), между NO2, Nox сыворотки и NO2, Nox слюны (r=0,96) и такая же сильная связь NO2, Nox сыворотки с системой комплемента (r=0,80), альфа-1-антитрипсином слюны (r=0,90).Таким образом, имеется взаимосвязь между показателями системного и секреторного иммунитета и возможно использование неинвазивного метода для определения маркеров оксидативного стресса у пациентов с ХОБЛ.

251. ЭКСПИРАЦИЯ ЭНДОГЕННЫХ НЕЛЕТУЧИХ ВЕЩЕСТВ : ДИАГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ

Добрых В. А. Мун И.Е., Гнатюк О.П. Сироткин Ф.А.
Дальневосточный государственный медицинский университет, Хабаровск

Цель: Сравнительная оценка суммарного количества эндогенных нелетучих веществ (ЭНВ) в конденсате выдыхаемого воздуха (КВВ) у здоровых людей и больных с болезнями респираторной системы, хронической сердечной (ХСН) и почечной недостаточностью (ХПН) .Методы : Подсчет суммарного количества и концентрации ЭНВ, экспирируемых при спокойном дыхании, путем измерения объема сухого остатка после испарения КВВ. Обследовано 358 человек (106 здоровых некурящих , 78 курящих волонтеров , 23 больных с хроническим бронхитом (ХБ), 24 пациентов с ХОБЛ (2-3 стадии, вне обострения), 53 молодых мужчин, болевших внебольничной пневмонией (ВП), 59 пациентов с ХСН, связанной с ИБС, 15 больных с ХПН, находящихся на программном гемодиализе. Результаты: За 10 минут спокойного дыхания здоровыми людьми экспирируется 0,4-0,8 мм3 ЭНВ. Выведение ЭНВ не связано с полом обследуемых, но коррелирует с возрастом (r=0,54(п=90) (p<0,01). Курение, ХБ, острый период ВП, ХПН сопровождаются увеличением экспирации ЭНВ. При ХСН и ХОБЛ она снижается. Количество ЭНВ при разных нозологиях существенно варьирует достигая 2-х кратного различия (больные с ХПН и ИБС). В группе больных ХБ и ХОБЛ выявлена связь объема ЭНВ с ОФВ-1 (r = 0,46 (p < 0,01), ИБС – с величиной фракции выброса (r = 0,42 (p < 0,01), ХПН – с уровнем гиперкалиемии (r = 0,36 (p < 0,05). Концентрация ЭНВ в КВВ при всех заболеваниях была повышенной и существенно варьировала. Заключение: Колебания концентраций ЭНВ в КВВ являются фактором возможных ошибок при интерпретации содержания отдельных ЭНВ в КВВ, поэтому более важен подсчет их суммарного количества , а не концентрации.

252. СОПРОТИВЛЕНИЕ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ ПРИ ИНФЕКЦИЯХ РЕСПИРАТОРНОЙ СИСТЕМЫ У ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА.

Семухина М. С., Фурман Е.Г., Алобид Р., Монакова И.П..
ГОУ ВПО ПГМА им.ак.Е.А.Вагнера Росздрава, г. Пермь

Цель исследования: оценить диагностические возможности применения измерения сопротивления дыхательных путей методом прерывания воздушного потока при инфекционном воспалении у детей дошкольного возраста. Материалы и методы. Работа выполнялась в 2007 году на базе ДГКБ №3 г. Перми. Обследовано 25 детей, в возрасте от 3 до 6,8 лет, средний возраст 4,7±0,23. Измерения сопротивления дыхательных путей проводилось техникой прерывания на выдохе (Rint E) на устройстве «MicroRint».

Показатель сопротивления дыхательных путей измеряли в кПа/л/с и выражали в процентах от долженствующего возрастного норматива. Результаты и обсуждение. Среди обследованных 48% составили дети с ОРВИ, 36% с очаговой пневмонией, 16% с острым простым бронхитом. Все дети предъявляли жалобы на кашель, насморк и повышение температуры тела. Клинических и рентгенологических признаков БОС ни у одного ребенка выявлено не было. Rint оказался воспроизводимым у всех детей. Анализ результатов измерения сопротивления дыхательных путей в начале заболевания показал, что у 16% детей при инфекционном воспалении оно оказалось повышенным. Средний показатель в абсолютных цифрах составил 0,65±0,06 кПа/л/с, в процентах 74,4±4,79%. При повторном исследовании, перед выпиской из стационара, средний показатель в абсолютных цифрах составил 0,59±0,04 кПа/л/с, в процентах 69,8±3,71%. Таким образом, измерение сопротивления дыхательных путей с использованием Rint является неинвазивным, воспроизводимым и простым исследованием. Инфекционное воспаление дыхательных путей вызвало повышение сопротивления у 16% обследуемых, без признаков БОС и возвратилось к возрастной норме по мере их клинического выздоровления.

253. ОШИБКИ ПРЕАНАЛИТИЧЕСКОГО ЭТАПА ОЦЕНКИ СОДЕРЖАНИЯ НИТРАТОВ И НИТРИТОВ В КОНДЕНСАТЕ ВЫДЫХАЕМОГО ВОЗДУХА

Климанов И.А., Соодаева С.К., Лисица А.В.
ФГУ НИИ Пульмонологии Росздрава

Как выявлено нами ранее, механизмы формирования конденсата выдыхаемого воздуха (КВВ) с наибольшей вероятностью сопряжены с возможностью контаминации пробы КВВ слюной. С целью определения примесей слюны в КВВ у обследуемых одновременно с оценкой содержания нитратов и нитритов (ΣNO3-/NO2-) в КВВ исследовались активность слюнной амилазы (А) и концентрации электролитов.
У основной массы пациентов (156 чел.) значения К+, Са2+ и А находились за пределами чувствительности используемых методик. Но у ряда обследуемых (32 чел) наблюдались высокие концентрации К+ и Са2+ и активности А в КВВ. Они были разделены на 2 группы: пациенты с БА (15 чел) – группа 1; практически здоровые добровольцы (17 чел.) – группа 2. Всем обследуемым проведено исследование содержания ΣNO3-/NO2-, определение содержания электролитов, активности А в КВВ. Среднее значение ΣNO3-/NO2- в КВВ в группе 1 составило 47,7±25,4 мкМ, ионов К+ - 5,1±4,5 мМ, ионов Са2+ - 0,53±0,23 мМ, активность А - 893±456 Е/мл. Обнаружена достоверная положительная корреляция между уровнем ΣNO3-/NO2- и содержанием К+, Са2+, А в КВВ. Значения коэффициентов корреляции (r) составили – 0,86, 0,79, 0,9 соответственно. Средняя концентрация ΣNO3-/NO2- в КВВ в группе 2 составила 53,7±35,4 мкМ, ионов К+ - 4,5±3,9 мМ, ионов Са2+ - 0,61±0,43 мМ, активность А - 902±556 Е/мл. Обнаружена достоверная положительная корреляция между ΣNO3-/NO2- и содержанием К+, Са2+, А в КВВ у этих обследуемых. Значения r составили – 0,97, 0,90, 0,92 соответственно. Не выявлено достоверных различий между уровнями ΣNO3-/NO2- в группах 1 и 2. Таким образом, при определении ΣNO3-/NO2- КВВ, с целью исключения ложнозавышенных, ошибочных результатов, за счет контаминирования КВВ слюной, необходимо производить оценку электролитного состава КВВ и/или активности А.

254. ОЦЕНКА ФУНКЦИИ ЛЕГКИХ ПРИ СБОРЕ КОНДЕНСАТА ВЫДЫХАЕМОГО ВОЗДУХА.

Анохина Т.Н., Анаев Э.Х., Дугарова И.Д., Чучалин А.Г.
ФГУ НИИ пульмонологии Росздрава, Москва.

Сбор и анализ конденсата выдыхаемого воздуха (КВВ) – неинвазивный метод в пульмонологии, прогрессивно развивающийся в последнее десятилетие. В настоящее время в КВВ можно определить более 200 маркёров болезней органов дыхания. Метод сбора КВВ постоянно совершенствуется. В последний год при сборе КВВ начал использоваться аппарат ECoVent, позволяющий оценить вентиляцию лёгких во время процедуры. Материал и методы: Было обследовано 22 здоровых добровольца в возрасте от 20 до 44 лет (средний возраст – 24,3±5,3 лет), из них 10 мужчин и 12 женщины, из которых 10 – курящие (ИКЧ=3,08±3,01 пачка/лет). КВВ собирали в утренние часы при спокойном дыхании в течение 10 минут с помощью аппарата ECoScreen (*Erich JAEGER*, Германия). Показатели лёгочной вентиляции [общий объём выдыхаемого воздуха (ОВВ), пиковая скорость выдоха (ПСВ), дыхательный объём (ДО), минутный объём дыхания (МОД), частота дыхания (ЧД)] оценивались с помощью аппарата ECoVent (*Erich JAEGER*, Германия), который подсоединялся к клапану выдоха конденсора. Результаты: Объём КВВ у здоровых добровольцев колебался от 1,3 до 2,3 мл и в среднем составил 1,69±0,27 мл/10 минут. Общий ОВВ составил 97,9±13,7 л/10 минут; ПСВ – 0,43±0,13 л/сек; ДО – 0,52±0,15 л; МОД – 7,96±2,13 л/мин; ЧД – 15,3±3,4 дыханий в минуту. Корреляционный анализ выявил прямую сильную связь между объёмом собранного КВВ и общим ОВВ (r=0,96). Не выявлено зависимости объёма КВВ от пола, возраста, веса, статуса и стажа курения, и других оцениваемых показателей вентиляции лёгких. Заключение: Аппарат ECoVent может использоваться для стандартизации показателей лёгочной вентиляции во время сбора КВВ. Общий ОВВ является единственным показателем вентиляции лёгких при сборе КВВ, который оказывает влияние на объём КВВ.

255. ЦИТОКИНОВЫЙ СТАТУС КОНДЕНСАТА ВЫДЫХАЕМОГО ВОЗДУХА ПРИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ.

Дугарова И.Д.-1, Анаев Э.Х.-1, Оспельникова Т.П.-2, Анохина Т.Н.-1, Чучалин А.Г.-1.
ФГУ НИИ пульмонологии Росздрава, Москва-1.
ГУ НИИ эпидемиологии и микробиологии имени Н.Ф. Гамалеи РАМН, Москва-2.

Анализ конденсата выдыхаемого воздуха (КВВ) позволяет оценить активность воспаления в дыхательных путях. Провоспалительные и противовоспалительные цитокины играют важную роль в развитии воспалительной реакции в дыхательных путях при бронхиальной астме (БА). Цель исследования: Определить содержание провоспалительных [интерлейкин (ИЛ)-6, ИЛ-8, фактор некроза опухоли-α (ФНО-α), интерферон-γ (ИФН-γ)] и противовоспалительных (ИЛ-4, ИЛ-13) цитокинов в КВВ и сыворотке крови у больных БА. Было обследовано 14 больных со среднетяжелой БА (из них 7 – в стадии обострения, 7 – в стадии ремиссии) и 7 здоровых добровольцев. КВВ собирали стандартизованным методом с помощью аппарата *ECoScreen* (Германия). Концентрацию цитокинов определяли иммуноферментным методом с использованием реактивов *BioSource* (США). ИЛ-4, 6, 13, ФНО-α и ИФН-γ удалось обнаружить во всех образцах КВВ здоровых людей и больных БА, а ИЛ-8 в КВВ не обнаружен. Напротив, в сыворотке ФНО-α обнаружен во всех образцах от здоровых людей и больных БА, а ИЛ-4, 6, 8, 13 и ИФН-γ в 14, 29, 57, 21 и 29%, соответственно, образцов от больных БА, и 14, 14, 21, 14 и 71%, соответственно, образцов от здоровых людей. Концентрация ИЛ-4 и ИЛ-13 в КВВ больных с обострением БА была достоверно выше, чем у здорового контроля (1,85±0,90 и 26,14±7,06 пг/мл напротив 0,71±0,49 и 19,71±4,11 пг/мл, соответственно; $p<0,05$). Корреляционный анализ выявил сильную связь между концентрацией ИЛ-6 и ИЛ-13, а также содержанием ИФН-γ и ФНО-α в КВВ больных с ремиссией БА (r=0,78 и 0,87, соответственно).
Таким образом, в КВВ больных БА удалось определить как провоспалительные, так и противовоспалительные цитокины, уровень которых позволяет судить об активности

воспалительного процесса в дыхательных путях, а также эффективности проводимого лечения при БА.

Организация здравоохранения

256. СОВРЕМЕННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ОПТИМИЗАЦИИ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ В СИСТЕМЕ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ЛЕКАРСТВЕННОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ

Мищенко О.В., Купаев В.И., Спектор А.В., Филиппова Т.Ю
СОКБ им М.И.Калинина, Кафедра госпитальной терапии СамГМУ, МЗ, ТФОМС, г. Самара.

В Самарской области с 2003 года проводится мониторинг лекарственного обеспечения больных БА. Цель работы: оценить структуру медикаментозного лечения больных астмой и создать модель рациональной фармакотерапии заболевания для планирования расходов здравоохранения в системе дополнительного лекарственного обеспечения (ДЛО). Методы: ретроспективный анализ льготного лекарственного обеспечения Самарской области у 12590 больных БА, показателей качества медицинской помощи в ЛПУ, многофакторный статистический анализ. Результаты исследования показали, что в Самарской области, 43% больных БА пользуются ДЛО. В 2006 году расходы по ДЛО составили 59,56 млн. руб. В 2007 г. на фоне уменьшения объема финансирования встала остро проблема рационального использования средств. Сложившаяся структура потребления не удовлетворяла потребности пациентов БА по контролю БА, так как среднесуточная доза ингаляционных стероидов была равна 199 мКг/сут на 1 больного, 57,2% средств тратилось на комбинированные ИГКС, 28,5% - на β2-агонисты продленного действия и только 14,3% было израсходовано на недорогие ИГКС. Анализируя результаты мониторинга ДЛО в предыдущие годы, во взаимосвязи с качественными показателями медицинской помощи ЛПУ, нами предложена новая модель рациональной терапии астмы, учитывающую специфику региона. Согласно которой, при имеющихся ограниченных финансовых ресурсов, среднесуточная доза ИГКС составила 549 мКг/сут. Данная модель прошла внедрение в ЛПУ Самарской области, что позволило оптимизировать лечение БА в соответствии со стандартами и повысить уровень контроля заболевания.

257. СОЗДАНИЕ КОНСУЛЬТАТИВНЫХ ФТИЗИО-ПУЛЬМОНОЛОГИЧЕСКИХ ЦЕНТРОВ И АЛГОРИТМИЗАЦИЯ РАБОТЫ ВРАЧА - РЕАЛЬНЫЙ ПУТЬ К ИНТЕГРАЦИИ И ПРЕОДОЛЕНИЮ ОШИБОК.

Ханин А. Л., Викторова И.Б., Варин А.А.
ГОУ ДПО НГИУВ Росздрава

Взаимодействие врачей, работающих в различных областях медицины, не отлажено. Легочные болезни разделены по нозологическому принципу между пульмонологами, фтизиатрами, онкологами, профпатологами, аллергологами и другими специалистами. В подобной системе нет места для широкого круга неясных, диагностических больных, пациентов с сочетанной патологией легких. Эти больные «ходят по кругу» и как следствие, даже при наличии новейших методов исследования диагностические ошибки, скорее правило, чем исключение. Кафедра фтизиопульмонологии была инициатором создания консультативного фтизиопульмонологического центра (1987 г.). Разработана организационная структура и функции центра. В лечебно-диагностической работе используются лечебно-диагностические алгоритмы: при диссеминированных заболеваниях легких – 79 клинических ситуаций, при поражениях плевры – 49, периферических лимфаденопатиях – 26, при инфильтративных и округлых образованиях легких - более 100. Ежегодно через консультативный центр проходит более 4 тысяч

пациентов, у 93% диагноз устанавливается без госпитализации. Использование лечебно-диагностического алгоритма при поражениях плевры позволило верифицировать диагноз у 91% больных в сроки 10 ± 2 дня, при диссеминированных заболеваниях легких – у 88,5% больных в сроки 18,9±9 дней. Отработанная в центре система онконастороженности позволила верифицировать диагноз РЛ у 72% в сроки от 1 до 3 дней без госпитализации. Создание консультативных фтизио-пульмонологических центров и алгоритмизация лечебно-диагностического процесса это способ преодоления ошибок и реальный путь интеграции фтизиатрии и пульмонологии.

258. ФАРМАКОЭКОНОМИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ БУДЕСОНИДА (ПУЛЬМИКОРТА) В КАЧЕСТВЕ БАЗИСНОЙ ТЕРАПИИ БРОНХОЛЕГОЧНОЙ ДИСПЛАЗИИ (БЛД) У МЛАДЕНЦЕВ

Овсянников Д.Ю., Дегтярева Е.А., Полянин Д.В.
Российский университет дружбы народов, Москва

Проводился клинико-фармакоэкономический анализ терапии БЛД в стадии хронической болезни у детей первых трех лет жизни. Для изучения сравнительной экономической эффективности различных схем терапии БЛД на амбулаторном и стационарном этапах за период исследования (6 месяцев) проводился расчет прямых медицинских затрат, включающих в себя стоимость базисной противовоспалительной терапии Будесонидом (Пульмикортом), стоимость симптоматической терапии (всех других лекарственных средств, а также Будесонида (Пульмикорта) с целью купирования бронхообструкции), стоимости койко-дня в детском стационаре, затраты на амбулаторные визиты к пульмонологу, педиатру, на вызовы скорой медицинской помощи, на обследования. Критерием достижения контроля БЛД и эффективности терапии считали отсутствие обострений. Также учитывали изменение степени тяжести течения БЛД в сторону снижения, частоту обострений БЛД, не потребовавших госпитализации. Проведенный расчет продемонстрировал в отношении всех анализируемых показателей, что коэффициенты «стоимость-эффективность» (С/Э) у больных, получавших базисную терапию Будесонидом, меньше, чем у больных, не получавших таковую (стоимость – 392937,13 руб. и 307199,68 руб; отсутствие обострений – 47% и 10%, С/Э 8360,36 и 30719,97; обострения, не потребовавшие госпитализации – 90% и 33%, С/Э 4365,99 и 9309,08; частота уменьшения степени тяжести БЛД – 73% и 10%, С/Э 5382,70 и 30719,97 соответственно). При расчете показателя приращения затрат стоимость снижения частоты обострений на 1% наблюдавшихся детей грудного и раннего возраста, страдающих БЛД в хронической стадии, составила 2317,23 руб. Таким образом, базисная терапия Будесонидом (Пульмикортом) младенцев с БЛД не являясь доминирующей альтернативой, фармако-экономически обоснована.

259. ОРГАНИЗАЦИЯ КОМПЬЮТЕРНОГО МОНИТОРИНГА ФЛЮОРОГРАФИЧЕСКИХ ОСМОТРОВ НАСЕЛЕНИЯ НА ТУБЕРКУЛЕЗ

Корниенко С. В.
ГУЗ Воронежский областной клинический противотуберкулезный диспансер им.Н.С. Похвисневой

В условиях напряженной эпидемической ситуации с туберкулезом необходимо обеспечение своевременного выявления заболевания. В связи с этим весьма важен постоянный контроль специалистов противотуберкулезных диспансеров за организацией проверочных осмотров населения в учреждениях первичной медико-санитарной помощи. В Воронежской области в 2006г. начата работа по созданию в областном противотуберкулезном диспансере единой персонифицированной базы данных о флюорографических осмотрах населения всех муниципальных образований. До этого

периода функционировали отдельные базы данных по учету проверочных обследований жителей отдельных сельских районов и г. Воронежа. Разработано и внедрено оригинальное программное обеспечение в системе «Клиент-Сервер» на языке Perl. Обмен данными осуществляется при помощи каналов связи Internet. Организовано централизованное хранение, обработка и обмен данными по лучевой диагностике туберкулеза (рентгеновские и флюорографические обследования). Программа имеет ряд преимуществ: получение данных об обследовании пациента, независимо от места его проведения; исключение повторного дублирования сведений об одном и том же лице; взаимодействие по протоколам обмена с программными комплексами по учету флюорографических осмотров, разработанными специалистами других учреждений; возможность передачи различной информации в режиме реального времени на большие расстояния, что особенно актуально для отдаленных сельских районов. Программа компьютерного учета флюорографических осмотров населения позволяет получать оперативную и достоверную информации об объемах осуществляемых профилактических обследований, проводить своевременную разработку мероприятий, направленных на повышение качества активного выявления заболевания и улучшение эпидемиологической ситуации.

260. ФАРМАКОЭКОНОМИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ ВНЕДРЕНИЯ ПРОГРАММЫ ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ (GINA, 6 ЧАСТЕЙ) В УСЛОВИЯХ РАЙОННОЙ ПОЛИКЛИНИКИ.

Петухова А. Ю. - 1, Бельтюков Е.К. - 2
Центральная городская больница №6 - 1, ГОУ ВПО Уральская государственная медицинская академия -2, г. Екатеринбург.

Цель: оценить клинико-экономическую эффективность программы ведения больных бронхиальной астмой (ПВБА) в условиях районной поликлиники ЦГБ № 6 г. Екатеринбурга.
Материалы и методы: проведен сравнительный анализ прямых затрат на БА в течение года до (2004 г.) и через один год внедрения (2005 г.) ПВБА. Исследуемая группа (n=70; средний возраст – 52,6 г., женщин - 41, мужчин - 29) формировалась случайным методом из 164 больных БА, впервые включенных в регистр в 2005 г.
Результаты. В 2004 г. в структуре прямых затрат расходы на амбулаторную фармакотерапию составляли 43%, на стационарное лечение - 31%. Максимальные затраты наблюдались при тяжелой БА, минимальные - при легкой интермиттирующей БА (1070 и 37 долл. США на одного больного БА в год, соответственно). За один год реализации ПВБА затраты на амбулаторную фармакотерапию увеличились до 72%, на стационарное лечение снизились до 7%. В процессе внедрения ПВБА прямые затраты при легкой интермиттирующей и легкой персистирующей БА снизились в 2,3 и 2 раза, соответственно ($p<0,05$), за счет снижения госпитализаций и вызовов скорой медицинской помощи (СМП) до 0. При среднетяжелой БА прямые затраты снизились в 1,2 раза, при тяжелой БА - в 1,3 раза ($p<0,05$). Затраты на СМП при среднетяжелой и тяжелой БА снизились в 13,5 и 4 раза, на госпитализации – в 8,5 и 4,5 раза, соответственно ($p<0,01$). К концу 2005 г. прямые затраты на легкую персистирующую БА составили - 32,14, на тяжелую БА – 799 дол. США. Выводы. Прямые затраты на БА составили 462 долл. США на одного больного в год. Внедрение ПВБА привело к снижению прямых затрат в 1,4 раза (334 долл. США на одного больного в год), за счет сокращения расходов на госпитализации и вызовы СМП в 6,5 и 5,7 раза соответственно.

261. ВРАЧЕБНЫЙ ФАКТОР В ДИАГНОСТИКЕ ХОБЛ

Салихова А.С.-1, Сыртланова Э.Р.-1, Едиханова Ф.Х.-1, Зубаирова А.Н.-2, Исхаков Э.Р.-3
ГКБ №13 г.Уфа-1, Клиника БГМУ, г.Уфа-2, УЮИ МВД РФ, г.Уфа-3

Цель: Анализ освоения врачами основных положений инициативы GOLD и федеральной программы РФ "ХОБЛ". Материалы и методы: Участниками программы стали 20 врачей-терапевтов поликлиник, отобранные случайным образом. Анкетирование проводилось анонимно с помощью разработанной нами анкеты, содержащей 10 пунктов. Была проведена описательная статистика анализируемых показателей. Результаты: 100% опрошенных отнесли табакокурение к основным факторам риска развития ХОБЛ, однако индекс курящего человека на практике рассчитывают лишь 20% врачей. Также соответствовало стандартам мнение врачей о том, что наследственная предрасположенность и профвредности относятся к основным факторам риска. Однако домашнее и атмосферное загрязнение воздуха 20% врачей не указали как основной фактор риска ХОБЛ. Нейтрофил назван главной клеткой воспаления при ХОБЛ в 60% анкет. Триада ключевых симптомов ХОБЛ соответствует стандарту в 90% случаев. Треть поликлинических врачей не указало в классификации нулевую стадию ХОБЛ. Заключение: Имеется необходимость расширения образовательных программ по ХОБЛ среди терапевтов поликлиник г.Уфы.

262. СИМВОЛЬНОЕ КОДИРОВАНИЕ ДАННЫХ БОЛЬНЫХ ПУЛЬМОНОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ

Хомяков Н.Н., Рыбалка В.П., Сухоцкая Т.П.
ОГУЗ «Сахалинская областная больница» Пульмонологическое отделение

Не секрет что в основе письменности лежит символьное кодирование более известное сейчас как иероглифическая письменность. Современная письменность это дискретное кодирование звуков со смысловыми связками. Для быстрого восприятия больших объемов связанной информации больше подходит символьное кодирование.
В пульмонологическом отделении Сахалинской областной больницы с 1999 года используется символьное кодирование информации о больных. Социальные и медицинские данные по каждому больному при традиционном отображении в медицинской документации занимают большой объем времени. В большинстве амбулаторных и стационарных учреждениях медицинские записи ведутся вручную и с трудом поддаются расшифровке. Существующие статистические формы достаточно громоздки, часто данные в них дублируются, но не создается общая картина о пациенте. Компьютеризация медицины и пульмонологической службы в целом по Российской Федерации находится на начальном этапе внедрения и развития, требует больших материальных затрат и дорого в обслуживании. От применения перфокарт для сбора, обработки и передачи медицинской информации практически повсеместно отказались. Ежегодно на приеме у пульмонолога в консультативной поликлинике было 1900 -2000 посещений. В стационаре получают обследование и лечение 590 – 620 пациентов. Использование в ежедневном дневнике приема пульмонолога символов позволяет кодировать достаточно большой объем разнообразных данных о каждом пациенте и больного. Самое главное быстро создается общая картина о пациенте. Символьная информация используется для принятия решения о показаниях, сроках госпитализации в пульмонологическое и другие специализированные отделения; отражает основную цель госпитализации, сопутствующую патологию, перенесенные оперативные вмешательства, главные управляемые факторы риска. Кодирование данных позволяет быстро ориентироваться в ведении больных с разнообразной патологией органов дыхания и сопутствующей патологией. При обращении из районов области врачей и пациентов без первичной медицинской документации возможна быстрая идентификация конкретного лица и случая с выдачей индивидуальных рекомендаций. Нами широко используются до 20 символов и до 15 менее употребляемых для кодирования информации по больным.

Символы просты и легко запоминаемы; могут использоваться на любом уровне медицинской помощи и любой медицинской документации.
Данные символы используются в электронном виде для сопровождения любой медицинской документации в виде набора «иконок». Символы выбираются со специальной панели на экране монитора. При наведении указателя мышки на символ всплывает окно с характеристикой символа.

Легкие и беременность

263. СОСТОЯНИЕ ВЕГЕТАТИВНОГО ТОНУСА У ЖЕНЩИН С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ

Рутенко Н.А., Гаркалов К.А., Сейсембеков Т.З., Дихтярь Т.М., Клодзинский А.А.
Кахахская государственная медицинская академия

Целью данного исследования явилась оценка вегетативного баланса у женщин с БА во время беременности.
Материал и методы. Обследовано 92 беременные с БА и 30 здоровых беременных, 20 здоровых женщин вне беременности. Применялся метод кардиоинтервалографии (КИГ) с расчетом следующих показателей: мода (Мо), амплитуда моды (АМо), вариационный размах (dX), индекс напряжения (ИН).
Результаты. У здоровых беременных уже в I триместре беременности отмечалось снижение Мо и dX и увеличение АМо и ИН по сравнению с небеременными женщинами, что свидетельствует об усилении симпато-адреналовых и ослаблении парасимпатических механизмов. В последующие триместры данные изменения прогрессировали, и симпатическая активность достигла 43,7 ед. по±3,9% и 388±максимума: АМо и ИН в III триместре составили 58,3 31 ед. в начале беременности (р±4,04% и 214,6±сравнению с 41,5<0,05).
Динамика показателей КИГ у беременных с БА была аналогична таковой у здоровых женщин. Однако, у женщин с БА во все триместры беременности значения Мо и dX были выше, а АМо и ИН ниже, чем у здоровых. К последнему триместру 21,1 ед.,±1,9% и 272,3±беременности АМо и ИН у беременных с БА составляли 46,3 43,7 ед.±3,9% и 388±тогда как у здоровых беременных эти показатели достигли 58,3 (р<0,05). Причем эти различия усугублялись в зависимости от степени тяжести БА.
Таким образом, результаты исследования свидетельствуют о более низком тонусе симпатического отдела ВНС у женщин с БА на протяжении всей беременности по сравнению со здоровыми, особенно при среднетяжелом и тяжелом течении БА. Однако тенденция к повышению симпатической активности в последнем триместре беременности может быть одним из факторов, объясняющих увеличение спирографических показателей и улучшение клинической картины БА к концу беременности.

264. ОСОБЕННОСТИ ВНЕБОЛЬНИЧНЫХ ПНЕВМОНИЙ У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН

Купаев В.И. [1], Анипченко М.В. [1], Богданова Ю.В.[2], Артамонов И.Д. [2], Бычкова С.Н. [2], Касьянова М.А. [2], Малкова Е.С. [2]
[1] Кафедра госпитальной терапии СамГМУ, .[2] СОКБ им. Калинина. Самара.

Цель работы: выявить основные особенности течения и антибактериальной терапии внебольничных пневмоний (ВП) у беременных женщин на современном этапе.
Проанализирован 41 случай ВП у беременных женщин (1 группа) и 31 случай ВП у небеременных женщин (II группа), находившихся на стационарном лечении в СОКБ.
Результаты анализа показали, что 58% женщин было госпитализировано с диагнозом пневмония в начале второго периода гестации, в 22,4±8 недель беременности. Только

33% женщин были госпитализированы в 1 неделю заболевания. Превалировала ВП среднетяжелого и тяжелого течения, преимущественно правосторонней нижнедолевой локализации справа. В 1 группе в 58% случаях возбудителем был Str. pneumonia, тогда как во II группе этот возбудитель высевался только в 15%. В обеих группах была выявлена высокая чувствительность пневмококка к амоксициллину, цефазолину, спирамицину. В то же время, к цефтриаксону и цефаперазону в I группе чувствительность возбудителя была выше, чем во II группе. В обеих группах констатировалась устойчивость пневмококка к эритромицину. Угроза прерывания беременности констатировалась у 38% женщин, что в 1,5 раза выше, чем при физиологической беременности. Таким образом, у беременных на госпитальном этапе выявляется более достоверная этиология ВП (преобладание пневмококка), чем у больных II группы. В обеих группах - хорошая чувствительность к полусинтетическим пенициллинам, поэтому их назначение беременным можно считать оправданным (не увеличивают сроков госпитализации, безопасны для плода и высоко эффективны против пневмококка), наряду со спирамицином, который тоже является препаратами первого ряда в ступенчатой терапии ВП. Препаратами резерва могут быть цефалоспорины III поколения.

265. ВЛИЯНИЕ ТОНУСА ВЕГЕТАТИВНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ НА ВЕНТИЛЯЦИОННУЮ ФУНКЦИЮ ЛЕГКИХ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ У БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

Нахамчен Л. Г.
ГУ ДНЦ физиологии и патологии дыхания СО РАМН, Благовещенск

Цель: Установить особенности состояния бронхиальной проходимости во время беременности у больных бронхиальной астмой (БА) легкой степени тяжести в зависимости от функционального состояния вегетативной нервной системы (ВНС). Методы: Во время гестации у здоровых и больных БА женщин жизненная емкость легких и состояние бронхиальной проходимости оценивались с помощью метода спирографии, функциональное состояние ВНС - посредством кардиоритмографии. Результаты сравнивались с данными, полученными при обследовании небеременных женщин. Результаты: Установлено, что во всех группах величина ЖЕЛ была одинаковой. У небеременных женщин, больных БА, показатели бронхиальной проходимости на всех уровнях бронхов были меньше, чем у здоровых. Более заметным снижение было на фоне преобладающего влияния симпатического отдела ВНС. В ранние сроки беременности у больных БА на фоне симпатикотонии все показатели бронхиальной проходимости были статистически достоверно ниже, чем у здоровых беременных женщин (на 15,8 – 31,2%) и больных БА с эйтонией (на 11,2 – 26,3%). В последующем выявлена отчетливая тенденция увеличения анализируемых показателей. В конце беременности они соответствовали должным величинам. У больных БА на фоне эйтонии к концу беременности наблюдалось умеренное, но статистически достоверное снижение показателей бронхиальной проходимости (на 10,0 –27,7% по сравнению с данными, полученными в ранние сроки беременности).Заключение: Активация симпатического отдела ВНС во время беременности у больных с легким течением БА обеспечивает адекватную адаптацию тонуса бронхиального дерева и способствует поддержанию необходимого уровня вентиляции.

266. СОСТОЯНИЕ ПРАВЫХ ОТДЕЛОВ СЕРДЦА У БЕРЕМЕННЫХ С БА И ХОБ

Горячева С. А.
Амурская государственная медицинская академия

Цель: изучение особенностей легочного кровотока и диастолической функции правого желудочка (ПЖ) у беременных с бронхиальной астмой (БА) и хроническим

обструктивным бронхитом (ХОБ).
Методы: проводилось ультразвуковое исследование сердца на аппарате Aloka-5000 (Япония) в М -, В - и допплеровском режимах, изучали поток в области легочного и трикуспидального клапанов. Диастолическую функцию правого желудочка (ПЖ) оценивали методом импульсной ДЭхоКГ, определяли максимальную скорость кровотока в фазу раннего диастолического наполнения ПЖ (Е), максимальную скорость кровотока во время систолы предсердий в фазу позднего диастолического наполнения ПЖ (А), отношение Е/А, линейный размер и объемы ПЖ. Систолическое давление в легочной артерии (СДЛА) оценивали по градиенту трикуспидальной регургитации. Обследовано 104 беременных с БА, по степени тяжести разделенных соответственно: 36 беременных с легким течением, 41 со средней тяжестью и 27 с тяжелым течением. В четвертую группу вошли 42 беременные с ХОБ.
Результаты: у беременных II, III и IV с увеличением срока беременности отмечалось снижение (Е) ПЖ и повышение (А) ПЖ, уменьшение их соотношения, что указывает на изменение диастолической функции ПЖ. Гипертрофия ПЖ выявлена во II группе у 36%, в III группе у 44%, в IV группе у 40% беременных. Размеры ПЖ преобладали во II и III группах, причем максимальные размеры отмечены во втором триместре беременности. Зарегистрировано увеличение СДЛА во II и III группах. В IV группе также отмечено увеличение размеров ПЖ. Повышение СДЛА регистрировалось в IV группе при обострении заболевания.
Выводы: с увеличением сроков беременности отмечено повышение нагрузки на правые отделы сердца у женщин с ХОБ и БА, в зависимости от степени тяжести и контроля заболевания.

267. ВЛИЯНИЕ ПРЕПАРАТОВ ПРОГЕСТЕРОНА НА ВЫРАЖЕННОСТЬ СИМПТОМОВ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ В ПЕРИОД БЕРЕМЕННОСТИ

Андреева О.С., Лаврова О.В., Трофимов В.И.
Санкт-Петербургский Государственный медицинский университет имени академика И. П. Павлова

Цель исследования: оценка влияния препаратов прогестерона на выраженность симптомов бронхиальной астмы в период беременности.
Материалы и методы: Обследовано в динамике 60 беременных с бронхиальной астмой от 19 до 39 лет, выполнялось исследование функции внешнего дыхания, гормонального статуса, проводилась оценка течения заболевания по данным дневников самонаблюдения.
Результаты: В группе пациенток с угрозой прерывания беременности на ранних сроках (n=24), получавших препараты прогестерона, были обнаружены более выраженные симптомы бронхиальной астмы, в том числе бронхоспазм, что проявлялось более высокими показателями прироста ОФВ1 после пробы с бронхолитиком в 1 половине беременности ($p<0,05$). Применение препаратов прогестерона (перорально или внутримышечно) сопровождалось положительной динамикой течения бронхиальной астмы: уменьшением выраженности симптомов (бальная оценка приступов удушья от 0,32 до 0,22, кашля от 0,31 до 0,25 баллов), снижением прироста ОФВ1 в пробе с бронхолитиком, тенденцией к увеличению удельной проводимости бронхов. В то же время уровни прогестерона в группах с угрозой прерывания беременности и без нее (n=36) достоверно не отличались.
Заключение: На основании этого можно предположить, что относительный недостаток эндогенного прогестерона мог вызывать не только угрозу прерывания беременности, но и способствовать усилению симптомов бронхообструкции, введение прогестерона позволило улучшить течение бронхиальной астмы в период беременности.

268. ПРОГНОЗИРОВАНИЕ СОСТОЯНИЯ НОВОРОЖДЕННЫХ У ЖЕНЩИН, БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ОБСТРУКТИВНЫМ БРОНХИТОМ

Нахамчен Л.Г.
ГУ ДНЦ физиологии и патологии дыхания СО РАМН, Благовещенск.

Цель исследования: Разработать способ прогнозирования во время гестации состояния новорожденных у женщин, больных хроническим обструктивным бронхитом (ХОБ). Методы: Функция внешнего дыхания оценивалась посредством зональной реографии легких у 192 беременных с ХОБ, состояние их новорожденных - по шкале Apgar. Результаты: С помощью дискриминантного анализа выделен ряд параметров, вентиляции и легочного кровотока у беременных, оказывающих значимое влияние на состояние их новорожденных: частота дыхания (ЧД), степень участия (в %) средней зоны правого легкого в пульсовом кровенаполнении легких (ПК) и величина диастолического кровенаполнения средней зоны левого легкого (ДК). Выведено дискриминантное уравнение, позволяющее прогнозировать состояние новорожденных по данным зональной реографии беременных женщин: D = -0, 554 х ЧД – 0,383 х ПК + 32,757 х ДК, где D – дикриминантная функция. При D равной или больше –16,0 прогнозируется рождение ребенка в удовлетворительном состоянии, при D меньше –16,0 – в состоянии асфиксии средней или тяжелой степени. Заключение: Использование предлагаемого способа прогнозирования состояния новорожденных позволит своевременно и обоснованно проводить во время беременности комплекс профилактических и лечебных мероприятий, направленных на улучшение состояния развивающегося плода и новорожденного.

Легочные заболевания: качество жизни

269. РОЛЬ ВРАЧА В ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ЛЕГОЧНОГО БОЛЬНОГО

Кашин А. В.
ВГМА им. Н.Н.Бурденко

Целью данного сообщения являются размышления врача терапевта-пульмонолога о восстановлении забытой традиции земской медицины - оценке качества духовной сферы курируемого пациента. В настоящее время наметился процесс возвращения к утраченным духовным ценностям, так называемого , формированию духовного статуса пациента. Поэтому возрастает роль врача в адекватном общении с больным, являющимся носителем определенной религиозной культуры. Врач должен быть просвещен в религиозных традициях и подходах к лечению, существующие в традициях того региона, в котором ему приходится заниматься лечебной деятельностью. Известно, что многие, особенно хронические легочные заболевания, являются следствием таких факторов, как алкоголизм, табакокурение и других социальных факторов, которые являются следствием отсутствия духовного воспитания и относятся к греховным привычками. Все это неблагоприятно влияет на защитные факторы организма. Практика показывает, что именно врач может, и должен! сказать больному, что именно этот греховный порок является порой ведущим в хронизации его болезни. Врачу приходится выполнять роль религиозного миссионера, что было в традициях земской медицины. Больной направлялся в храм для исповеди и других церковных таинств к священнику. Это позволяло воздействовать на духовную причину заболевания. Остальные проводимые лечебные мероприятия соответствовали достижениям медицины того времени. Прогресс медицины XX1 века привел к новым технологиям лечения. Но, не стоит забывать, что христианская антропология утверждает, что человек состоит из тела, души и духа. Это хорошо изложено в книге профессора-хирурга В.Ф.Войно-Ясенецкого (архиепископа Луки Крымского). Поэтому наше время делает актуальной проблему изучения философии духовно-нравственной культуры врачевания.

270. ПОСТДИПЛОМНОЕ ПРЕПОДАВАНИЕ ПУЛЬМОНОЛОГИИ: ПРОБЛЕМЫ И ПЕРСПЕКТИВЫ

Логвиненко Н.И.-1, Мартимьянова Ю.В.-1
НГМУ -1, НГУ-2, г. Новосибирск

Цель: на основе изучения современных возможностей постдипломного образования пульмонологии разработать и предложить новые интерактивные технологии преподавания.
Материалы и методы: на основе современных компьютерных технологий разработана интерактивная деловая игра «виртуальный больной».
Результаты: Современное постдипломное обучение пульмонологии, как правило, строится в традиционном стиле: лекционный курс, практические и семинарские занятия, подготовка рефератов и их защита, экзамен. Такой подход к обучению, предполагает обновление теоретических знаний, но не всегда помогает врачу-терапевту, врачу общей практики и пульмонологу в сложных клинических ситуациях. Во время обучения не всегда возможны разборы сложных клинических ситуаций. В современных условиях реорганизации здравоохранения, внедрения и реализации «Приоритетных национальных проектов», когда возрастает нагрузка, уменьшается время на прием одного больного, увеличивается число врачебных ошибок. Заложенная в компьютерную программу история болезни пациента с набором клинических, рентгенологических, лабораторных данных позволяет «пройти» весь путь от момента обращения за медицинской помощью до исхода заболевания и оценить все возможные диагностические и лечебные ошибки.
Заключение: таким образом, интерактивная компьютерная деловая игра «виртуальный больной» является новым шагом в преподавании и позволяет на основе компьютерного анализа избежать врачебных ошибок в сложных клинических ситуациях.

271. ОПЫТ РАБОТЫ ХОБЛ-ШКОЛЫ НА БАЗЕ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОГО ОТДЕЛЕНИЯ СТАЦИОНАРА

Салихова А. С., Сыртланова Э.Р., Едиханова Ф.Х., Галлямова Л.Н., Лобина Н.Н., Шатунова Т.Т.
ГКБ №13 г.Уфа

Цель: Изучение эффективности работы ХОБЛ-школы. Объекты и методы: Наша образовательная программа функционирует с 2002 г. и к настоящему моменту представляет собой четко разработанную программу, состоящую из 10 занятий продолжительностью по 40 минут. За время работы школы курс обучения прошли около 900 человек. Результаты и выводы: Проводимое параллельно с обучением анонимное анкетирование пациентов и их родственников показало, что 95% опрошенных считают обучение в ХОБЛ-школе полезным. У большинства пациентов удалось снизить интенсивность, а у части больных - добиться полного отказа от табакокурения за счёт акцента на табакокурение как на основной агрессивный фактор развития ХОБЛ. Созданная модель обучения позволила значительно повысить знания больных о своём заболевании, оптимизировать использование ингаляторов, сократить частоту госпитализаций и потребность в вызове скорой медицинской помощи и, в конечном итоге, значительно повысить приверженность лечению у больных ХОБЛ.

---

272. ВЫПОЛНЕНИЕ РЕКОМЕНДАЦИЙ ВРАЧА БОЛЬНЫМИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ И ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ

Карпухина Е. П., Никитин А.В., Харина Н.В.
Воронежская государственная медицинская академия им. Н.Н. Бурденко

Цель: сравнительный анализ выполняемости врачебных назначений больными бронхиальной астмой (БА) и хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ) с частыми тяжелыми обострениями.
Материалы и методы. Опрошено 38 больных БА и 43 больных ХОБЛ со среднетяжелым течением заболеваний в возрасте от 43 до 72 лет, которые поступили для стационарного лечения второй и более раз в течение 12 месяцев, проанализированы их выписные эпикризы.
Результаты. Рекомендации врача, данные пациенту БА при выписки из стационара, выполняли полностью лишь 26,3% больных. 68,4% больных БА следовали лишь некоторым рекомендациям, 5,3% - не выполняли их совсем. Основными причинами невыполнения явились: высокая стоимость лекарств, невозможность их получить бесплатно, коррекция лечения участковым терапевтом, неэффективность терапии. Лишь 9,3% пациентов ХОБЛ выполняли назначения врача полностью, 55,8% - не полностью, 34,9% - не следовали рекомендациям совсем. Больные ХОБЛ чаще высказывали сомнение в необходимости постоянного лечения, указывали на невозможность следовать рекомендациям из-за высокой стоимости лекарств. Таким образом, при выяснении причин невыполнения назначений врача пациенты БА и ХОБЛ давали разные ответы.
Заключение: Пациенты ХОБЛ выполняют рекомендации врача при выписке из стационара плохо по сравнению с больными БА, что свидетельствует о необходимости школ для больных ХОБЛ и разработки эффективных образовательных программ для них.

273. ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ РУССКОЯЗЫЧНОЙ ВЕРСИИ ОПРОСНИКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ CLINICAL COPD QUESTIONNAIRE У БОЛЬНЫХ ХОБЛ

Пьянков В.А.-1, Чуясова Ю. К.-2
МУЗ Северная клиническая больница г.Кирова-1, МУЗ Городская больница №2 г.Кирова-2

Цель: Оценить возможность использования русскоязычной версии опросника качества жизни Clinical COPD Questionnaire (CCQ) у больных ХОБЛ.
Материалы и методы исследования: В исследование было включено 45 больных ХОБЛ (мужчины; средний возраст 63,6±11,2 лет). Всем включенным в исследование больным проводилась оценка качества жизни с использованием русскоязычных версий опросников CCQ и St. George's Respiratory Questionnaire (SGRQ). Бланки опросников выдавалась пациентам на самостоятельное заполнение. Для обеспечения спонтанности ответов на заполнение опросников отводилось 20 минут. Если пациент пропускал отдельные пункты или прерывал заполнение опросников, на следующий день проводилось повторное тестирование с использованием новых бланков.
Результаты: В результате исследования была выявлена статистически достоверная корреляция общего показателя качества жизни опросников CCQ и SGRQ ($r=0,84$; $p<0,001$). При оценке отдельных компонентов качества жизни также была выявлена достоверная корреляция показателей шкал "Symptom" CCQ с "Symptoms" SGRQ ($r=0,50$; $p=0,003$) и показателей шкал "Functional state" CCQ с "Activity" SGRQ ($r=0,70$; $p<0,001$).
Выводы: Опросник CCQ является простым интегральным инструментом оценки КЖ у больных ХОБЛ, позволяющим использовать его в повседневной клинической практике.

274. ВЛИЯНИЕ ОБУЧАЮЩИХ ПРОГРАММ НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ДЕТЕЙ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

Сулайманов Ш.А., Сагынбаева Г.А.
Медицинский институт Ошского гос.университета

Цель исследования: изучить влияние обучающих программ на качество жизни детей, больных бронхиальной астмой. Материал, методы и результаты исследования: по данным

опросника Paediatric Asthma Quality of life Quetionnaire (PAQLQ, E. Juniper), показатели качества жизни детей, больных бронхиальной астмой, до обучения по всем трём сферам их жизнедеятельности (двигательная активность, выраженность симптомов и эмоциональные функции), были снижены в 1,5-2 раза по сравнению с условной нормой (7 баллов). При этом выявлена прямая корреляционная связь между показателями выраженности симптомов астмы и эмоциональной функции детей ($r=0,397$, $p<0,05$), что являются вполне закономерным. Изучение показателей, характеризующих качества жизни, после образовательной программы выявила значительное улучшение всех его параметров. Улучшение симптомов болезни у детей, больных бронхиальной астмой, сочеталось с возрастанием показателей двигательной активности и эмоциональной функции. В результате значительно возрастал и общий показатель, отражая существенное улучшение качества жизни больных, прошедших обучение по специальной программе. В это же время, в контрольной группе значимых сдвигов показателей качества жизни не обнаружено. Результаты нашего исследования выявили значительное снижение качества жизни у детей, больных астмой, что свидетельствует о важной роли эмоциональных факторов и ограничений в социальной сфере. Важно, что обучающие программы могут существенно снизить тяжесть течения боле зни, увеличить вентиляционные возможности больных детей, что, в конечном счете, позволяет значительно повысить качество жизни этих пациентов.

275. ИНФОРМИРОВАННОСТЬ ПАЦИЕНТОВ, НАХОДИВШИХСЯ НА ЛЕЧЕНИИ В ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНОМ СТАЦИОНАРЕ О ТУБЕРКУЛЕЗЕ.

Ханин А. Л., Симакова Е.А., Паклина М.С., Долгих С.А.
ГОУ ДПО НГИУВ Росздрава

Обучение пациентов является одним из важнейших факторов, влияющих на эффективность терапии и приверженность к лечению. Специального обучения больных ТБ практически не проводится, или оно носит случайный, бессистемный характер. Кафедрой фтизиопульмонологии в 2006 году разработано, издано и внедрено в практику учебное пособие для медицинских работников (старших, главных медицинских сестер и врачей) противотуберкулезных учреждений: «Фтизио-школа» для пациентов (что должен знать и уметь больной туберкулезом).
В данном сообщении представлены данные по первичному тестированию 100 пациентов с впервые выявленным ТБ в возрасте от 17 до 70 лет, поступивших на стационарное лечение: 62% больных не знают, что туберкулез инфекционное заболевание, вызываемое микобактерией ТБ. Не имеют четкого представления о том, что способствует развитию ТБ – 82% больных, не знают, как передается ТБ - 51% пациентов. Не знают основных проявлений ТБ – 82% больных. Не имеют представление о том, кто из окружающих больного с МБТ (+) наиболее подвержен заражению – 45% пациентов, 39% - считают ТБ неизлечимым заболеванием. Не знают, сколько антибактериальных препаратов необходимо принимать одновременно на интенсивной фазе лечения 61% больных, 30% не знают продолжительность курса химиотерапии 52% больных считают, что могут вылечиться «народными средствами». Каждый третий (27%) считает, что можно прервать лечение после нормализации самочувствия. 32% больных считают, что ТБ передается по наследству. Не знают, как можно защитить своих родных и близких от заражения – 71% пациентов. Таким образом, первичное представление больных о ТБ, способах защиты и методах лечения находятся на очень низком уровне, и требуется систематическое обучение больных.

276. ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ДИНАМИКИ УРОВНЯ СПЕЦИФИЧЕСКОГО КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ В ПРОЦЕССЕ ТЕРАПИИ ТИОТРОПИЯ БРОМИДОМ

Старков А.Н.-1, ЕрмолаевА.А.-1, Колосов В.П.-1, Нарышкина С.В.-2
ГУ Дальневосточный научный центр физиологии и патологии дыхания СО РАМН-1, Благовещенск, ГОУ ВПО Амурская государственная медицинская академия-2, Благовещенск

Цель: Изучить прогностическую значимость динамики уровня специфического качества жизни (КЖ) у больных хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ) в процессе 25-недельной терапии тиотропия бромидом.
Методы: Обследовано 42 больных ХОБЛ второй стадии, стабильного течения. Оценка динамики параметров КЖ проводилась с использованием вопросника SGRQ, включающего в себя 4 шкалы. На протяжении 25 недель назначалась базисная бронхолитическая терапия длительнодействующим антихолинергическим препаратом - тиотропия бромидом (ДАХП). Дозы всех используемых препаратов не отличались от рекомендуемых.
Результаты: На основании 25-недельного наблюдения динамики домена Total и используя разведочный метод анализа данных, нами получено уравнение, позволяющее достоверно (81%) прогнозировать изменения данного показателя в течение 25-недельного лечения ДАХП. Оценка прогностической значимости динамики показателя Total проводится на основании решения логарифмического уравнения:
QoLДАХП(Total)=-10,506ln(x)+43,622
R2=0,8088;
где X – период времени, для которого высчитывается домен Total;
R2 – степень достоверности аппроксимации.
Данная функция на основании методики логарифмически демпфированного тренда в высокой степени достоверности аппроксимации показывает изменение показателя Total у больных ХОБЛ II стадии, стабильного течения при использовании ДАХП в качестве базисной терапии в течение 25 недель лечения. Заключение: Таким образом, полученные уравнения могут быть использованы в качестве расчета номограмм (построения графика) изменения специфического уровня КЖ у больных ХОБЛ II стадии стабильного течения на фоне проводимой 25-недельной бронхолитической терапии тиотропия бромидом.

Патфизиология и экспериментальные исследования

277. ВЕНТИЛЯТОРНЫЕ ТИПЫ, ПАТТЕРНЫ И ПОКАЗАТЕЛИ МЕХАНИКИ ВЕНТИЛЯЦИИ ЛЕГКИХ В ОСТРОМ ОПЫТЕ НА ЖИВОТНЫХ

Карзилов А.И., Тетенев Ф.Ф., Бодрова Т.Н.
Сибирский государственный медицинский университет, Томск

Цель: Изучить в эксперименте на животных связь вентиляторных типов (ВТ) с паттернами (ПВ), показателями механики вентиляции легких (ПМВЛ). Методы исследования: Живые кролики, 1 этап, n=15; умерщвленные, 2 эт., n=15; изолированные легкие, 3 эт., n=7. Анестезию, умерщвление проводили тиопенталом натрия. Регистрировали вентиляцию легких, транспульмональное давление. ПВ, ПМВЛ рассчитывали в условиях одинакового МОД. ВТ оценивали по методу Бреслава И.С., 1984. Результаты: Значения ПВ на всех этапах не имели различий. На 1 эт. определялся стеновентиляторный тип (СВТ), на 2-м и 3-м – смешанный. При оценке связей Vt с энергозатратами на вентиляцию легких – At (общая), Atv (удельная), Ae (эластическая) выявлены различия во всех группах. По значимым коэффициентам корреляции Спирмена строили модели связей ПВ с ПМВЛ. На 1 эт. связи были между V, Vi, Ve, Vt, At, F, IA; на 2-м была прежняя структура, но без F, At; на 3-м – одна связь V-Ve. Сильная связь была между V-Ve: 1 эт. +0,86, (p=0,000), 2-й +0,96 (p=0,000), 3-й +0,96 (p=0,000). На 1-м и 2-м эт. связь V–Ve лучше всего описывалась

моделью Double reciprocal, объясняющей 99,2% и 95,8% фактических данных, на 3-м – Reciprocal-Y squared-X, объясняющей 92,8% данных. Линейная модель во всех группах объясняла фактические данные менее 95%.Заключение: Морфологические механизмы легких формируют нелинейно-зависимую связь V–Ve, которая улучшается целостностью торако-легочной системы и регуляторными механизмами живого организма, а также смешанный ВТ, являющийся «базовым», от которого в живом организме осуществляется переход в СВТ и изовентиляторный, сообразно его потребностям. Модель легких Дондерса некорректна для анализа ПВ, ПМВЛ, поскольку не учитывает влияние механических свойств легких и грудной клетки на их формирование.

278. КОНЦЕПЦИЯ БИОМЕХАНИЧЕСКОГО ГОМЕОСТАЗИСА АППАРАТА ВНЕШНЕГО ДЫХАНИЯ

Карзилов А.И., Тетенев Ф.Ф., Бодрова Т.Н.
Сибирский государственный медицинский университет, Томск

Цель: Обобщить результаты многолетних комплексных исследований биомеханических свойств легких и механизмов регуляции аппарата внешнего дыхания (АВД) у здоровых лиц и больных с бронхообструктивным синдромом (БОС).
Результаты: По данным проведенных исследований впервые сформулирована концепция биомеханического гомеостазиса АВД, не имеющая аналогов в отечественной и зарубежной науке. Биомеханический гомеостазис АВД – способность живого организма поддерживать в нормальных и патологических условиях структурно-анатомическое единство АВД и динамическое равновесие существенно важных для сохранения системы параметров биомеханики дыхания в допустимых пределах, обеспечивающих устойчивость состояний системы АВД в целом. Построена структурная модель регуляции биомеханического гомеостазиса АВД в норме и при бронхообструктивной патологии, включающая 2 уровня регуляции - внутрилегочный и внелегочный. Внутрилегочный уровень регуляции биомеханического гомеостазиса АВД обеспечивается изменениями структуры компонентов неэластического сопротивления и функциональными изменениями эластического сопротивления легких. Внелегочный уровень регуляции биомеханического гомеостазиса АВД обеспечивается содружественной работой дыхательного центра, вегетативной нервной системы, лимбических структур, подкорковых и корковых анализаторов мозга, поведенческими гомеостатическими реакциями.
Заключение: Концепция биомеханического гомеостазиса АВД объясняет многие парадоксальные данные, полученные при исследовании АВД у здоровых лиц и больных с БОС, а также позволяет прогнозировать биомеханические эффекты различных терапевтических воздействий на АВД у больных с БОС.

279. СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА БРОНХОПРОТЕКТИВНОЙ АКТИВНОСТИ ОРИГИНАЛЬНОГО ПРЕПАРАТА ИНГАМИН И НОВЫХ ПРОИЗВОДНЫХ 1,3,4-ТИАДИАЗОЛОВ

Ковалева В.Л., Небольсин В.Е., Скачилова С.Я., Абуладзе Ш.В, Проскурина О.В
Всероссийский научный центр по безопасности биологически активных веществ, Купавна, Россия

Цель: ранее нами было показано, что новые производные 2-амино-1,3,4-тиадиазолов обладают бронхорелаксирующими свойствами in vitro. В настоящем исследовании in vivo проведено сравнение бронхопротективной активности наиболее активных соединений (С5, С25) и оригинального пептидомиметика Ингамин.
Материалы и методы: использовали модель бронхоспазма у сенсибилизированных овальбумином морских свинок с аэрозольным воздействием

антигена. Тестируемые соединения в виде 0,1 и 1% водно-суспензионных растворов (Ингамин в дозах 50 и 500 мкг/кг) ингалировали с помощью ультразвукового небулайзера (Omron) за 1 час до введения бронхоконстриктора. Оценивали время до появления острого удушья, длительность острой фазы и период восстановления нормального спонтанного дыхания.
Результаты: у контрольных морских свинок разрешающая доза антигена вызывала быстро развивающееся острое удушье и гибель 80% животных. Превентивное введение Ингамина почти полностью блокировало развитие бронхоспазма. Этот эффект мало зависел от дозы: препарат в дозах 50 -500 мкг/кг вызывал 85-90% торможение бронхоспастической реакции у 90% животных. Ингаляция новых производных 2-амино-1,3,4-тиадиазолов приводила к статистически достоверному сокращению острой и подострой фаз спазма бронхов на 51,5 и 52,7%, соответственно, и вызывало увеличение латентного периода бронхоконстрикции (183±2,44 и 187±2,38 минут, соответственно). В отличие от Ингамина, новые соединения не оказывали полного превентивного эффекта: 30-35% морских свинок в этих группах погибало от острого удушья.
Выводы: полученные данные подтверждают бронхопротективную активность у оригинального пептидомиметика и новых соединений аминотиазольного ряда. По выраженности данной активности Ингамин значительно превосходил производные 2-амино-1,3,4-тиадиазолов.

280. ПАРАМЕТРЫ БИОМЕХАНИЧЕСКОГО ГОМЕОСТАЗИСА АППАРАТА ВНЕШНЕГО ДЫХАНИЯ У ЗДОРОВЫХ ЛЮДЕЙ И БОЛЬНЫХ С БРОНХООБСТРУКТИВНЫМ СИНДРОМОМ

Карзилов А.И., Тетенев Ф.Ф., Бодрова Т.Н.
Сибирский государственный медицинский университет, Томск

Цель: Провести поиск гомеостатических параметров вентиляции и механики дыхания при сравнительном анализе у здоровых людей и больных с бронхообструктивным синдромом.
Методы исследования: Исследовали здоровых лиц (20 муж., сред. возраст 20,2), больных БА (n=30, 18 муж., 12 жен., сред. возраст 43,7 года), больных ХОБЛ (n=30, 22 муж., 8 жен., сред. возраст 50,9 года). Изучали функцию внешнего дыхания при помощи плетизмопрессографа постоянного объема (Erich Jaeger, Германия); биомеханические свойства легких – при помощи пневмотахографа («Медфизприбор», г. Казань) по кривым объема, транспульмонального (ТПД) и трансдиафрагмального (ТДД) давления на уровне МОД, МВЛ и дыхательных маневрах. Проанализировали 67 показателей, разделенных на 5 групп, характеризующих интегральную оценку вентиляционной и биомеханической функции АВД; эластические и неэластические свойства легких; внутрилегочный гистерезис; давление, воздействующее на поверхность легких.
Проводили сравнительный дисперсионный анализ Крускала-Уоллиса при критическом уровне значимости 0,05.
Результаты: Были выделены следующие параметры, не имеющие значимых различий по трем группам. При спокойном дыхании: индекс инспираторной активности – IA, суммарный гистерезис – Ht, эластическая ось дыхательной петли – L, эластическая фракция работы дыхания – Aec, тяга ТДД на вдохе – Td, интегральный вентиляционно-энергетический показатель – IPVE; на уровне МВЛ (m) – ITm, удельная работа дыхания – Apm, ТПД на пике дыхательного объема – Pvm. Отношение параметров: емкости вдоха к тяге ТПД на вдохе – IC/Ttp, динамической и статической растяжимости легких – Cd/Cs, фактической и должной постоянной времени – Tca/Tcp, Ttp/Td, IA/IAm, Pv/Pvm, IT/ITm.
Заключение: Выделены 16 кандидатных показателей в гомеостатические величины АВД.

281. ХЕМИЛЮМИНЕСЦЕНТНЫЕ МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ В ПУЛЬМОНОЛОГИИ

Фархутдинов У.Р.-1,2, Фархутдинов Ш.У.-1, Абдрахманова Л.М.-1, Мирхайдаров А.М.-1
Больница №21-1, Башкирский Государственный Медицинский Университет-2, Уфа

Цель: изучить перспективность использования хемилюминесцентных (ХЛ) методов исследования в пульмонологии. Методы: обследованы 550 больных неспецифическими заболеваниями легких (НЗЛ): пневмонией, ХОБЛ, бронхиальной астмой. Методом регистрации ХЛ у больных изучали продукцию активных форм кислорода (АФК) в крови и влияние на этот процесс медика-ментозной терапии, эфферентных и немедикаментозных методов лечения. В эксперименте in vitro, в модельных системах и цельной крови доноров, изучали воздействие лекарственных препаратов на процессы свободнорадикального окисления (СРО): генерацию АФК и перекисное окисление липидов. Результаты: у больных НЗЛ имело место как усиление ХЛ, характерное для высокой активности воспаления, так и её угнетение, обусловленное вялотекущими и деструктивными процессами сопровождающимися высоким уровнем эндотоксемии. В эксперименте лекарственные препараты изменяли скорость СРО в модельных системах и крови доноров, проявляя как антиоксидантные, так и прооксидантные свойства. Назначение больным НЗЛ антиоксидантов при высоких показателях ХЛ крови и препаратов, повышающих продукцию АФК при низких значениях ХЛ имело выраженный клинический эффект. Установлено, что в основе эффективности эфферентных и немедикаментозных методов лечения существенная роль принадлежит их способности коррегировать продукцию АФК, уменьшать проявления эндотоксикоза.
Выводы: использование ХЛ методов при НЗЛ позволяет оценить состояние больных, обосновать им патогенетическую терапию, улучшить результаты их лечения.

282. ВЛИЯНИЕ ИММУНОВЕНИНА НА КИСЛОРОДЗАВИСИМЫЙ МЕТАБОЛИЗМ КЛЕТОК КРОВИ

Мирхайдаров А.М.-1, Фархутдинов У.Р.-1,2, Фархутдинов Ш.У.-1
Больница №21-1, Башкирский Государственный Медицинский Университет-2, Уфа

Снижение микробицидной активности фагоцитирующих клеток при неспецифических заболеваниях легких (НЗЛ) является основанием для назначения лекарственных препаратов повышающих кислородзависимый метаболизм фагоцитов. Цель: в эксперименте in vitro изучить влияние иммуноглобулина нормального человеческого для внутривенного введения (иммуновенина) на генерацию активных форм кислорода (АФК). Методы: использована цельная гепаринизированная донорская кровь, где методом регистрации люминолзависимой хемилюминесценции (ЛЗХЛ) изучали продукцию метаболитов кислорода и влияние на этот процесс иммуновенина. Для установления зависимости интенсивности генерации АФК от дозы иммуновенина изменяли концентрацию тестируемого препарата. Результаты: при тестировании с цельной кровью доноров иммуновенин повышал светосумму ХЛ, оказывал прооксидантный эффект. При этом с увеличением дозы исследуемого препарата, возрастала и интенсивность ХЛ крови. В дозе 0,005 мг/мл иммуновенин повышал интенсивность ХЛ крови на 18,4% ($p<0,05$). При добавлении препарата в дозе 0,05 мг/мл ХЛ крови повышалось на - 48,6% ($p<0,05$). В присутствии 0,5 мг/мл иммуновенина интенсивность ХЛ крови повышалась на – 64,5% ($p<0,05$). Выводы: в основе эффективности иммуновенина существенная роль принадлежит его способности стимулировать продукцию АФК. Использование иммуновенина может повысить результаты лечения НЗЛ в патогенезе которых, имеется депрессия кислородзависимого метаболизма фагоцитов.

283. ФТОРХИНОЛОНОВЫЕ ПРЕПАРАТЫ В СВОБОДНОРАДИКАЛЬНЫХ ПРОЦЕССАХ

Фархутдинов У. Р.-1,2, Фархутдинов Ш.У-1.
Больница №21-1, Башкирский Государственный Медицинский Университет-2, Уфа

Цель: в эксперименте in vitro изучить влияние фторхинолоновых препаратов (ФХ) на генерацию активных форм кислорода (АФК). Методы: использована цельная гепаринизированная донорская кровь, где методом регистрации люминолзависимой хемилюминесценции (ХЛ) изучали продукцию АФК и влияние на этот процесс ФХ: пефлоксацина и левофлоксацина. Исследуемые препараты добавляли в донорскую кровь в соизмеримых концентрациях. Для установления зависимости интенсивности генерации АФК в крови от дозы ФХ изменяли концентрацию тестируемых препаратов. Результаты: при тестировании с цельной кровью доноров исследуемые препараты в различной степени понижали светосумму ХЛ, оказывали дозозависимый антиоксидантный эффект. В дозе 0,005 мг/мл пефлоксацин снижал интенсивность ХЛ крови на 9,3% ($p< 0,05$), левофлоксацин – на 10,6% ($p < 0,05$). В дозе 0,01 мг/мл пефлоксацин понижал ХЛ крови на 17,7% ($p < 0,05$), а левофлоксацин – на 25,7% ($p < 0,05$). В дозе 0,05 мг/мл пефлоксацин и левофлоксацин уменьшали светосумму ХЛ крови доноров соответственно на 20,7% ($p <0,05$) и 36,8% ($p < 0,05$). Выводы: в основе эффективности ФХ у больных с заболеваниями легких существенная роль принадлежит способности этих препаратов подавлять продукцию АФК. Наиболее выраженные антиоксидантные свойства установлены у левофлоксацина.

Пневмония

284. ЗНАЧЕНИЕ С-РЕАКТИВНОГО БЕЛКА ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ПНЕВМОНИИ

Баймаканова Г.Е., Зубаирова П.А., Авдеев С.Н.
ФГУ НИИ пульмонологии Росздрава

Целью исследования явилось оценка диагностической роли С-реактивного белка (СРБ) при скрининговом его определении у пациентов с легочными инфильтратами, госпитализированных в стационар для верификации пневмонии.
Методы исследования: В исследовании приняли участие 54 пациента с направительным диагнозом пневмония, 47 мужчин, 7 женщин, средний возраст составил 63,6±14,5 лет. Всем больным проводили клинико-рентгенологическое исследовании, при необходимости компьютерную томографию легких, бронхоскопию. Уровень СРБ в сыворотке крови измеряли с помощью системы NycoCard II Test Kit (Axis-Shield of Oslo, Norway).
Результаты: Пневмония верифицирована у 42 (77,8%) пациентов. Уровень сывороточного СРБ был значительно выше при установленном диагнозе пневмонии, чем у пациентов, у которых диагноз был в последующем исключен (122,0±72,8 мг/л vs 42,0±34,9 мг/л, $p<0.001$). СРБ для диагностики пневмонии обладал высокой диагностической точностью (площадь под ROC-кривой составила 0,867). Пороговое значение СРБ 45,5 мг/л, разделявших пациентов с истинным и ложноположительным диагнозом пневмонии, имело чувствительность 0,929, специфичность 0,833.
Выводы: СРБ является чувствительным маркером для диагностики пневмонии. Этот параметр обладает высокой диагностической точностью и может использоваться для скрининга и подтверждения инфекций нижних дыхательных путей.

285. ВНЕБОЛЬНИЧНАЯ ПНЕВМОНИЯ С АТИПИЧНОЙ (МИКОПЛАЗМЕННОЙ И ХЛАМИДИЙНОЙ) ИНФЕКЦИЕЙ В ЭТИОЛОГИИ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ

Трубников Г.В., Полякова И.Г., Бутакова Л.Ю.
НУЗ ОКБ ст. Барнаул ОАО «РЖД», ГОУ ВПО «АГМУ Росздрава»

С целью совершенствования диагноза внебольничной пневмонии (ВП) врачом поликлиники и скорой помощи по клинико-анамнестическим данным исследованы 214 больных в терапевтических отделених г. Барнаула в 2002-2005 гг. Возраст их 18-89 лет, муж-134, жен–80. Методом ИФА микоплазменная инфекция (Mp) выявлена у 21,5%, хламидийная (Chp)–у 12,1%, сочетание их–у 7%. При посеве мокроты (у 67) возможные бактериальные возбудители (БВ) у 41,8%. Ассоциация их с Mp-у 29%, с Chp– у 60%, при сочетании Mp и Chp–у 57%. Частота БВ у больных без атипичной инфекции (АИ) была 39%. Ретроспективно у больных с АИ выявлен отягощенный по контакту с ОРЗ эпиданамнез (у 54%, без АИ–у 21%), наличие продромы (у 51%, без АИ–у 35%), поздняя госпитализация (у 37%, без АИ–у 24%). Больные с Chp в ассоциации с БВ имели более длительную продрому, позднее рентгенологическое подтверждение и позднюю госпитализацию. У находившихся на амбулаторном наблюдении (79 чел.) ошибочная диагностика–ОРВИ (36%), ХБ (17%), обострения ХОБЛ (14%). У больных с Chp при ассоциации с БВ ВП возникает как осложнение возникшего инфицирования Chp, что оправдывает раннее назначение рациональной антибиотикотерапии.

286. СВЯЗЬ ПОЛИМОРФИЗМА ГЕНА TNFA В ПОЗИЦИИ 308 С СОДЕРЖАНИЕМ ЛЕЙКОЦИТОВ В ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ КРОВИ У ПАЦИЕНТОВ С АМБУЛАТОРНЫМИ ВНЕБОЛЬНИЧНЫМИ ПНЕВМОНИЯМИ.

Поникаровская Л.А.-1, Логвиненко Н.И.-2
МУЗ НЦРБ -1, ГУ НИИ терапии – 2

Цель: изучить связь полиморфизма гена TNFα в позиции 308 с содержанием лейкоцитов в периферической крови у пациентов с амбулаторными внебольничными пневмониями.
Методы исследования: обследованы 71 пациент с амбулаторными внебольничными пневмониями, средний возраст которых составил 47,49 ± 15,27 лет. Генотипирование проводилось с помощью амплификации соответствующих участков генома методом аллельспецифической полимеразной цепной реакции. Частоты генотипов составили: G308\G308 – 84,5%; G308\A308 – 14,3% и A308\A308 – 1%. Подсчет относительного содержания лейкоцитов и их основных классов в периферической крови проводился до и после лечения. Математическая обработка проводилась с использованием частотного анализа и непараметрических критериев.
Результаты: Вначале заболевания у пациентов с амбулаторными внебольничными пневмониями достоверных различий между генотипами по относительному содержанию лейкоцитов и их основных классов не наблюдалось ($p>0,05$). После лечения выявлены достоверные различия между генотипами по относительному содержанию сегментоядерных нейтрофилов: G308\G308 - 54,9±11,5% и G308\A308 – 46±14,6% ($p=0,049$*). А также по относительному содержанию лимфоцитов G308\G308 - 33,1±10,2% и G308\A308 43,5±15,9% ($p=0,019$*). Во всех группах после лечения увеличивается содержание лимфоцитов, но в группе гетерозигот G-308\A-308 эти изменения происходят достоверно интенсивнее: до лечения 25,2±8,8%, после лечения 43,5±15,9% ($p=0,017$*).
Выводы: при амбулаторных внебольничных пневмониях полиморфизм в промоторной области гена TNFα ассоциирован с относительным содержанием в периферической крови сегментоядерных нейтрофилов и лимфоцитов после лечения.

287. АНАЛИЗ ЛЕТАЛЬНЫХ ИСХОДОВ ПРИ ТЯЖЕЛЫХ ВНЕБОЛЬНИЧНЫХ ПНЕВМОНИЯХ (ВБП) У ЗЛОУПОТРЕБЛЯВШИХ АЛКОГОЛЕМ.

Логвиненко А.С.-1, Логвиненко Н.И.-2, Иванова Т.И.-1, Мальцева Н.Г.-1, Хребтова Н.И.-1
МУЗ ГКБ -12, ГУ НИИ терапии – 2, Новосибирск

Цель: провести анализ летальных исходов, выявить наиболее значимые факторы их риска при тяжелых ВБП у злоупотреблявших алкоголем.
Материалы и методы: истории болезней, протоколы вскрытий 89 умерших в общетерапевтических отделениях городской больницы в 2002-2006 гг. Мужчин (М) - 63,2%, женщин (Ж) – 36,8%. Алкогольные висцериты (гепатиты, циррозы печени, дилатационные кардиомиопатии, панкреофиброзы наряду с алкогольным анамнезом и данными клиники) выявлен у 47,2% М и 18,7% Ж. Средний возраст М 52,4±6,1 г, Ж – 38,7±5,8 лет; пенсионеров было 38,2%, работающих низкооплачиваемых профессий 23,8%, инвалидов- 10%, неработающих трудоспособного возраста 19,0%, «бомжей»-5,6%, наркоманов-3,4%. Госпитализация - после 7 суток от начала заболевания более чем в ½ случаев. В 15% не было данных в связи с крайне тяжелым состоянием.
Госпитализированы из-за поздней обращаемости и отказов более ½ пациентов; в 20% - из-за отказов участковых врачей и врачей СМП. Все пациенты госпитализированы по экстренным показаниям, 62,3% непосредственно в БИТ в связи с гипотонией и гипертермией, признаками дыхательной (ДН) и легочно-сердечной недостаточности (ЛСН). Досуточная летальность – 15%; ранняя суточная – 20%, 4-7 суток – 20%; более 7 – у 1/3 пациентов. Распространенности ВБП: 2-х сторонняя локализация (75%), билобарная, субтотальная и тотальная, полисегментарная (25%). По морфологии: крупозная у 19,1%, абсцедирующая – 16,8%, гнойно-некротическая с абсцедированием и геморрагическим синдромом -14,6%. Жизнеугрожающими осложнениями были: ИТШ- у 1/3, ТЭЛА у лиц с ХСН – 15%, экссудативный плеврит – 15%, легочное нагноение (абсцедирование, эмпиема плевры), ДВС синдром и РДСВ, ОДН, острая легочно-сердечная недостаточность (ОЛСН), острое нарушение мозгового кровообращения, острый инфаркт миокарда.

288. ОСОБЕННОСТИ ПОЛИМОРФИЗМА НЕКОТОРЫХ МАКРОФАГ СПЕЦИФИЧЕСКИХ ГЕНОВ У БОЛЬНЫХ С ТЯЖЕЛОЙ ПНЕВМОНИЕЙ В УСЛОВИЯХ СЕВЕРА.

Егорова Н.Е. -1, Логвиненко Н.И.-2, Максимов В.Н.-1
НИИ терапии СО РАМН-1, НГМУ-2, г. Новосибирск

Цель: изучить полиморфизм в промоторной области гена фактора некроза опухолей альфа (TNFα) и гена хемокиновых рецепторов CCR2 и CCR5 в кодирующей области и возможность его ассоциациации с тяжелыми внебольничными пневмониями (ТВП) в условиях Севера.
.Методы: Проводено генотипирование у 82 пациентов с ТВП и в популяционной выборке (ПВ) жителей г. Якутска методом аллельспецифической ПЦР с помощью амплификации соответствующих участков генома.
Результаты: Выявлено убывание частоты более редкого аллеля A-308 TNFα и соответствующих генотипов в ряду: ПВ (здоровые Русские с ТВП (11,7%). При изучении→ Якуты с ТВП (16,7%)→Якуты) (22,6%) полиморфизма V64I гена CCR2 выявлено, что у якутов, как в ПВ, так и у больных с ТВП отмечается увеличение частоты более редкого аллеля 64I гена CCR2 по сравнению с русскими, как с ТВП, так и без нее в 2,5 – 2,7 раза. У якутов в ПВ частота редкого аллеля 64I гена CCR2 составила 40,1% у русских – 15,2, у якутов с ТВП – 38,9%, у русских с ТВП – 16,2% ($p<0,05$). При изучении частота I/D полиморфизма гена CCR5 у больных с ТВП выявлено, что у Якутов, как в ПВ (0,65%), так и больных с ТВП (1,45%) отмечается снижение частоты более редкого аллеля D гена CCR5 по сравнению с русскими (4,4%) практически в 3 раза.
Выводы: Обнаружены достоверные различия в частотах аллелей и генотипов полиморфизма промоторной области гена TNFα и в кодирующих областях хемокиновых рецепторов CCR2 и CCR5 между ПВ и лицами с ТВП. Можно предполагать, что система регуляции неспецифического воспалительного ответа может модулировать

индивидуальную восприимчивость к инфекции нижних дыхательных путей и влиять на тяжесть ее течения.

289. АНАЛИЗ ИСХОДОВ ТЯЖЕЛЫХ ВНЕБОЛЬНИЧНЫХ ПНЕВМОНИЙ, ОСЛОЖНЕННЫХ ИНФЕКЦИОННО-ТОКСИЧЕСКИМ ШОКОМ У ЖИТЕЛЕЙ Г. ЯКУТСКА.

Борисова Е.П.-1, Логвиненко Н.И.-2
ГУ РБ №2 – ЦЭМП Республики САХА (ЯКУТИЯ) -1, ГУ НИИ терапии – 2

Цель: провести анализ исходов тяжелых внебольничных пневмоний (ТВП), осложненных инфекционно-токсическим (ИТШ) шоком у лиц коренной и некоренной национальности г. Якутска.
Методы исследования: анализ историй болезни пациентов с ТВП, проходившими лечение в Центре экстренной медицинской помощи Республики САХА (Якутия) за 2006 год.
Результаты: всего с ВП пролечено 95 человек, из них 55,7% составили мужчины (53), 44,2% (42) - женщины. У 69 пациентов (72,6%) зарегистрирована ТВП. Из 69 пациентов с ТВП большинство составили якуты: 63,7% (44 человека); 30,4% (21) - русские, лица другой национальности - 5,7% (4 человека). Более часто ТВП отмечались у мужчин - 59,4% (41 человек), реже у женщин – 40,6% (28 человек). Каждый второй доставлен бригадой СМП с выраженной интоксикацией и признаками ИТШ. В 75% случаев зафиксировано позднее обращение (3 - 7 дни) за медицинской помощью, и как следствие - поздняя госпитализация. Тяжесть течения П определялась объемом поражения легочной ткани (долевые, субтотальные, тотальные поражения), признаками полиорганной, дыхательной, сердечно – сосудистой недостаточности. У 79,7% (55 человек) на фоне проведения комплексной терапии отмечено выздоровление; у 20,3% (14) – летальный исход, из них 9 мужчин (64,2%) и 5 (35,7%) женщин. Среди погибших якуты и русские составили по 50%. В 1/3 случаев отмечена ранняя суточная летальность.
Выводы: таким образом, ТВП в Якутии чаще регистрировались у лиц коренной национальности, мужчин. В 1/5 случаев отмечены летальный исход, среди погибших преобладали мужчины. Тяжесть течения была обусловлена поздней обращаемостью, большим объемом поражения, признаками ИТШ, ДН и полиорганной недостаточностью.

290. ВЫЯВЛЕНИЕ ТУБЕРКУЛЁЗА В ПУЛЬМОНОЛОГИЧЕСКОМ ОТДЕЛЕНИИ МНОГОПРОФИЛЬНОЙ БОЛЬНИЦЫ

Поваляева Л.В., Бетанели Т.Ш., Карпечкина Ю.Л., Кравченко Ю.Л., Бородулина Е.А., Бородулин Б. Е.,
ГОУВПОСамГМУ, МСЧ №12

Цель: изучить эффективность диагностики туберкулеза (ТБ) в пульмонологическом отделении. Материалы и методы. Проведён анализ 34 случаев ТБ, выявленного за 2006г. в пульмонологическом отделении. Результаты и обсуждения. ТБ выявлен у 31 пациента, поступившего с внебольничной пневмонией (ВП) и у 3 с ХОБЛ. Установлено 27 (79,4%) случаев инфильтративного туберкулеза (ИТ), 4 (12,9%) диссеминированного ТБ, 1 казеозная пневмония и 2 - фиброзно-кавернозного туберкулеза (ФКТ). Сроки постановки диагноза от 3 дней до 1,2 мес. (19 ±7,2 дней). Анамнез помог заподозрить ТБ у 6 (17,6%): наличие контакта у 3 чел, ТБ в анамнезе –2, состоит на учете в ПТД 1 чел. Пациенты с ФКТ поступили с обострением ХОБЛ и выявлены при обнаружении МБТ через 7 дней. У последних были дефекты в сборе анамнеза (1 освобождён из тюрьмы, 2-й состоял на учёте в ПТД). Дефектура анамнеза по всем пациентам составила 20,5%. По рентгенологической картине наличие ТБ было заподозрено в 32,3% (11) – 3 диссеминированный, 8 - инфильтративный туберкулез. При обнаружении МБТ методом скопии ТБ выявлен в 26,4% (9). Наибольшие трудности вызвала дифференциальная диагностика внебольничной

пневмонии и инфильтративного туберкулеза. Отсутствие эффекта в лечении и рентгенологической динамике процесса, позволило поставить ТБ в 70,3% (19) случаев. Заключение. Средние сроки выявления ТБ составили 3 недели. Имеется недоучёт данных анамнеза. Применение ККФ при рентгенологическом обследовании и отсутствие цифровой техники, отсутствие современных методов (БАКТЕК) выявления МБТ влияет на эффективность дифференциальной диагностики и выявления ТБ.

291. ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ И ТЕЧЕНИЯ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ В КАРЕЛИИ

Карапетян Т. А.
Петрозаводский государственный университет

В исследование с 1999 по 2005 гг. вошли 898 пациентов с внебольничной пневмонией (ВП) из различных лечебных учреждений г. Петрозаводска, родившихся и постоянно или длительно проживающих в Карелии. Средний возраст больных 45,8+1,2 лет. Среди пациентов преобладали мужчины – 562 человека (62,6%). В 8 случаях (0,9%) имел место летальный исход. При анализе клинической картины оказалось, что ВП у жителей Карелии характеризуется такими основными симптомами, как:
1) кашель – у 859 (95,7%) больных, причем влажный – у 791 (92,1%), из них с гнойной мокротой – у 152 (19,2%), слизисто-гнойной – у 449 (56,8%) и слизистой – у 190 (24,0%) человек; кровохарканье отмечено у 95 (12,0%) больных с продуктивным кашлем;
2) лихорадка – у 823 (91,6%) пациентов;
3) другие проявления интоксикации (слабость, потливость, снижение работоспособности и аппетита, головная боль) – у 762 (84,9%) больных;
4) боль в грудной клетке при дыхании и/или кашле – у 532 (59,2%) пациентов.
При физикальном обследовании наиболее часто отмечается притупление перкуторного звука – у 501 (55,8%) больного, усиление бронхофонии и голосового дрожания (соответственно у 411 – 45,8% и у 316 – 35,2% пациентов), а также влажные мелкопузырчатые хрипы (у 362 больных – 40,3%). Легочные осложнения заболевания доминируют над внелегочными: 239 (26,6%) случаев против 5 (0,5 %). Нормализация показателей СОЭ и ФВД отстают от клинико-рентгенологического разрешения у 141 (15,8%) и 634 (71,2%) пациентов соответственно из 890 выздоровевших. Но длительное разрешение воспалительного процесса в легких не типично – превалирует группа больных, у которых ВП разрешилась за 30 и менее суток – 824 (92,6%) человека. Полученные данные согласуются с результатами других исследований особенностей клинической картины и течения ВП у северян.

292. КЛИНИКО-ИММУНОЛОГИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА РАЗЛИЧНЫХ СХЕМ АНТИБИОТИКОТЕРАПИИ ПРИ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ

Загидуллин Ш.З., Левина Е.Г., Хафизов Н.Х.
Башкирский государственный медицинский университет, г.Уфа

Цель исследования: оптимизация антибактериальной терапии внебольничной пневмонии (ВП) на основе комплексного изучения эффективности дифференцированных вариантов лечения и оценки иммунного статуса больных.
Дизайн исследования: проспективное рандомизированное сравнительное исследование в параллельных группах.
Материал и методы: обследован 91 больной с различной степенью тяжести по системе PORT с ВП, разделенных на 5 классов. Проведено общеклиническое, биохимическое, рентгенологическое, функциональное, бактериологическое, иммунологическое с использованием тестов I и II уровня исследования, анализ цитокинового профиля. Использовались 3 схемы антибиотикотерапии: комбинация цефтриаксон+эритромицин,

монотерапия левофлоксацином и ампицилином.
Результаты. Монотерапия левофлоксацином не уступает, а по многим параметрам и превосходит эффективность комбинированной терапии цефтриаксон+эритромицин, что наиболее значимо в отношении тяжелых больных и больных старших возрастных групп. При лечении среднетяжелых больных терапия ампициллином уступала по эффективности лечению левофлоксацином и комбинации цефтриаксон+эритромицин. Клиническая эффективность у больных средней тяжести наблюдалась в 94,4% при лечении левофлоксацином, в 85,7% – комбинацией цефтриаксон+эритромицин и в 68% – ампициллином. На фоне антибактериальной терапии наблюдалась нормализация основных показателей иммунитета больных ВП, наиболее выраженная у больных, получавших левофлоксацин. Закономерной динамикой иммунного статуса больного ВП является: увеличение содержания Т-лимфоцитов, Т-хелперов, повышение уровня IgA и снижение IgM, снижение активированных изначально ФАГ и НСТ-теста, ИЛ-1, ИФНγ и ФНОα, повышение ИЛ-4.

293. БАКТЕРИОЛОГИЧЕСКАЯ И ИММУНОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА БОЛЬНЫХ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИЕЙ

Левина Е.Г., Мавзютов А.Р., Загидуллин Ш.З., Хафизов Н.Х.
Башкирский государственный медицинский университет, г.Уфа

Цель исследования: оценка пейзажей основных возбудителей внебольничной пневмонии (ВП) и чувствительности их к антибиотикам, определение особенностей иммунного статуса с учетом тяжести ВП.
Методы исследования: обследован 91 больной с ВП различной степени тяжести по системе PORT с проведением бактериологического и иммунологического (тесты I и II порядка) обследования, анализы цитокинового профиля (ИФНg, ФНОa, ИЛ-1, ИЛ-4).
Результаты и обсуждение. Наибольшая частота выделения из мокроты больных пневмонией была характерна для Streptococcus pneumoniae (27,5% случая) и Haemophilus influenzae (12,1%). Наиболее высокая активность in vitro в отношении возбудителей внебольничной пневмонии наблюдалась у цефтриаксона и левофлоксацина. Чувствительность S. pneumoniae к цефтриаксону составила 90%, к левофлоксацину – 100%: H. Influenzae: к цефтриаксону – 90,9%, к левофлоксацину – 100%. У больных внебольничной пневмонией отмечаются нарушения в иммунной системе различной степени выраженности (снижение содержания Т-лимфоцитов, снижение иммуно-регуляторного индекса, дефицит IgA, активация фагоцитоза и повышение IgM, повышение уровня провоспалительных цитокинов – интерлейкина-1 и интерферона-γ). Клиническим отличиям среднетяжелой и тяжелой ВП соответствуют различия в иммунном статусе, более выраженные при тяжелом течении ВП. Региональные особенности распространенности основных возбудителей ВП, их чувствительности к антибиотикам и иммунологического статуса способствуют оптимизации антибактериальной терапии.

294. ПУТИ ОПТИМИЗАЦИИ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ В КРУПНОМ ПРОМЫШЛЕННОМ ГОРОДЕ

Загидуллин Ш.З., Баишева Г.М., Хафизов Н.Х., Зулкарнеев Р.Х., Фархутдинов У.Р.
Башкирский государственный медицинский университет

Цель: провести анализ диагностики и лечения внебольничных пневмоний (ВП) на всех этапах оказания медицинской помощи в крупном промышленном городе Уфа.
Методы: анализ распространенности болезней органов дыхания среди населения г.Уфы проведен по обращаемости в различные лечебно-профилактические учреждения за период 1998-2005 гг. по материалам 5947 медицинских карт стационарного больного и 2139 карт

вызовов скорой медицинской помощи, а также анализ антибактериальной терапии. Результаты. Болезни органов дыхания занимали 1-ое место, составляя 33,4% в структуре всей заболеваемости, 6-ое место (5,6%) – как причина инвалидности и четвертое (5,0%) – по летальности. ВП занимали 5-ое место в структуре заболеваемости органов дыхания. Предложенные математические модели позволяют прогнозировать заболеваемость ВП на неделю и месяц. Причинами поздней госпитализации больных ВП являются запоздалое обращение заболевших в лечебно-профилактические учреждения (53,9%), попытки самостоятельного лечения (5,8%), неполное обследование и нерациональное назначение антибактериальных препаратов на амбулаторно-поликлиническом этапе (41,1%). За период 1997-2005г.г. вследствие проведения образовательных программ по лечению ВП отмечены положительные изменения антибактериальной терапии ВП: снизилось назначение гентамицина на 39%, сульфаниламидов – на 12%, повысилось использование цефалоспоринов II и III поколений, макролидов и фторхинолонов. По данным ABC/VEN-анализа в структуре фактических расходов на медикаментозное лечение больных с внебольничной пневмонией стоимость необходимых препаратов составила 60,3%, важных – 5,5%, несущественных – 34,2%.

295. СОСТОЯНИЕ ОСМОРЕГУЛИРУЮЩЕЙ ФУНКЦИИ ПОЧЕК ПРИ ПНЕВМОНИИ У ДЕТЕЙ.

Кузнецова А.А.-1, Петрова С.И.-2
Институт эволюционной физиологии и биохимии им. И.М.Сеченова РАН, СПб – 1, СПбГПМА-2

Цель исследования: изучить состояние осморегулирующей функции почек у детей в острый период пневмонии.
Обследовано 18 детей в острый период пневмонии и 24 здоровых ребенка. В сыворотке крови определяли осмоляльность на осмометре МТ-2, концентрацию креатинина на СФ-16, концентрацию ионов натрия и калия на пламенном фотометре Corning-410, концентрацию ионов магния на атомном абсорбциометре Hitachi-508.
Результаты: у больных пневмонией в острый период осмоляльность сыворотки крови (280,4±0,4 мосмоль/кг H2O) была достоверно ниже, чем у здоровых детей (285,6 ±0,4 мосмоль/кг H2O, $p<0,05$). Концентрация ионов натрия, калия, магния в сыворотке крови также была достоверно ниже, чем в группе сравнения ($p<0,05$). Осмоляльность мочи у больных пневмонией была высокой (722±48 мосмоль/кг H2O). Выявлена достоверно большая реабсорбция осмотически свободной воды по сравнению со здоровыми детьми ($p<0,05$), при этом уровень гломерулярной фильтрации достоверно не отличался от показателей контрольной группы (91,6±5,9 мл/мин и 109,5±9,8 мл/мин соответственно).
Заключение: в острый период пневмонии обнаружены существенные отклонения осморегуляции. Выявлено резкое снижение осмоляльности сыворотки крови на фоне высокого уровня осмотического концентрирования мочи. Эти изменения указывают на высокий уровень секреции вазопрессина, как причину снижения осмоляльности сыворотки крови и увеличения реабсорбции воды в почках и объясняют механизм таких симптомов как олигурия и снижение чувства жажды в острый период пневмонии. Полученные результаты свидетельствуют о необходимости разработки методов терапии, направленных на восстановление физико-химических параметров сыворотки крови в острый период пневмонии у детей.

296. ВЛИЯНИЕ ВНУТРИВЕННОЙ ЛАЗЕРНОЙ ТЕРАПИИ НА СОСТОЯНИЕ ПЛАЗМЕННОГО ГЕМОСТАЗА У БОЛЬНЫХ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИЕЙ

Пилиева Н. Г.
Северо-Осетинская Государственная Медицинская Академия

Цель работы: изучение влияния внутривенного лазерного облучения крови (ВЛОК) на активность системы протеина С и другие показатели гемостаза у больных пневмонией. При исследовании показателей плазменного звена гемостаза у большинства больных пневмонией до лечения отмечались гиперкоагуляционные сдвиги. Это проявлялось в снижении противосвертывающего потенциала крови, в частности - снижении активности системы протеина С. Выявлена сильная обратная корреляционная связь между уровнем активности системы протеина С (НО) и тяжестью клинического состояния больных (r = -0,73) По мере нормализации клинического состояния больного происходит и повышение активности системы протеина С. Однако только применение в составе комплексной терапии ВЛОК вызывает нормализацию активности системы протеина С.
ВЛОК способствовало нормализации и других параметров гуморального звена гемостаза (антитромбина III, тромбинового времени, протромбинового времени, АЧТВ, фибриногена)/ Так, если исходно у больных пневмонией отмечались явления гиперкоагуляции и усиления свертывающих свойств крови, то после лечения повышалось время свертывания крови на основных этапах тромбообразования.
Проведенное исследование показало, что ВЛОК оказывает нормализующее действие на нарушения гемостаза у больных пневмонией. В результате воздействия лазерного излучения происходит активация противосвертывающей системы крови, что сопровождается улучшением клинической картины заболевания, снижением медикаментозной нагрузки на пациента, уменьшением длительности пребывания в стационаре больных пневмонией.

297. ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ НА ФОНЕ АНЕМИЧЕСКОГО СИНДРОМА У ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА

Кривова С. П.-1, Бетанели Т.Ш. - 1, Давыдкин И.Л. - 1, Дуплякина В.Т. - 2, Поваляева Л.В. - 2, Карпечкина Ю.Л. - 2
Самарский Государственный Медицинский Университет - 1, Медико-санитарная часть № 12 - 2

Актуальность исследования: Внебольничные пневмонии остаются наиболее распространенной патологией среди пожилых пациентов пульмонологического профиля. Нередко у больных обнаруживается анемический синдром. Решение вопроса о генезе анемии поможет своевременно начать лечение, что позволит нивелировать симптомы гипоксии в ранние сроки. Цель исследования: Определить особенности течения внебольничных пневмоний у пожилых на фоне имеющегося анемического синдрома. Материалы и методы: Обследованы пациенты с внебольничной пневмонией средней степени тяжести. У 44 пациентов пневмония сочеталась с анемическим синдромом, у 47 без синдрома анемии в качестве контрольной группы. Необходимо отметить, что анемия у 80% пациентов была до возникновения пневмонии. Результаты: Количество больных пожилого и старческого возраста в разных группах было примерно одинаковым (78,3% и 71,4% соответственно). Однако, отмечается заметная разница в распределении этих пациентов по степени тяжести дыхательной недостаточности (ДН). В то время как в контрольной группе преобладает ДН I (в 59,2%), у больных, у которых пневмония сочетается с синдромом анемии, значительно преобладает ДН II (в 68,7%).
Заключение: Таким образом, можно сделать вывод о более тяжелой степени ДН у больных с внебольничными пневмониями, протекающими на фоне анемии, что можно объяснить синдромом "взаимного отягощения". Эти особенности необходимо учитывать при лечении этих пациентов, а так же при проведении мероприятий медико-социальной адаптации.

298. ПРЕДИКТОРЫ ЗАТЯЖНОГО ТЕЧЕНИЯ ОСТРЫХ ПНЕВМОНИЙ

Д.Х.Махмудова, Х.М. Ташметов, Н.С. Абдукаримов
Ташкентский институт усовершенствования врачей

Целью исследования явилось изучение 70 историй болезни больных 1 пульмонологического отделения 1-ГКБ г. Ташкента. Анализ показал, что у большинства больных отмечена поздняя госпитализация (на 7,6±1,0 день болезни). Поздняя госпитализация у 18 больных (26,5%) объяснялась сложностью диагностики ОП при развитии на фоне ОРВИ, в 19 случаев (27,9%) обусловлено поздней обращаемостью больных в лечебное учреждение и самолечением антибиотиками и нестероидными противовоспалительными препаратами (НПВП). Затяжное течение ОП наблюдалось у 10 больных (19,2%) из них у 8 имело место поздняя госпитализация (на 6-15 день заболевания). В 5 случаях затяжное пневмония (ЗП) наблюдалось на фоне хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ), у 4- заболевания ЛОР органов (гайморит) и у 2 больных – сахарный диабет. Во всех случаях затяжного течения пневмонии имело место не адекватный подбор антибиотиков, нерациональная их комбинация и отсутствие ступенчатой терапии ОП и лечение сопутствующей патологии.

299. ВОПРОСЫ ПАТОГЕНЕЗА ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ, РАЗВИВШЕЙСЯ В ЭКСТРЕМАЛЬНЫХ УСЛОВИЯХ

Харитонов М. А., Комаревцев В.Н.
Военно-медицинская академия, Санкт-Петербург

Цель: Целью исследования было сравнительное изучение особенностей патогенеза и клинической картины внебольничной пневмонии у военнослужащих, заболевших при обычной и при боевой деятельности войск. Методы исследования: Было обследовано 509 больных пневмонией, из которых 316 чело-век заболели в условиях повседневной деятельности войск, 193 военнослужащих – в бое-вой обстановке вооруженного конфликта в Чеченской Республике на Северном Кавказе. Помимо стандартного клинического обследования больных проводилась оценка состояния иммунной системы, перекисного окисления липидов, антиоксидантной системы, белкового обмена и системы гормональной регуляции. Результаты: Показано, что клиническое течение пневмонии, развившейся в экстремальных условиях, имеет свои особенности в виде более выраженных и продолжительных симптомов интоксикации, увеличения в 2 раза числа случаев двустороннего поражения легких и крупозной пневмонии. Наблюдалось преобладание в 1,5-2 раза пневмоний среднего и тяжелого течения с выраженными и длительно сохраняющимися нарушениями функции внешнего дыхания, более частого (в 2-3 раза) развития различных легочных и внелегочных осложнений, увеличение на 47% сроков разрешения инфильтрации в легочной ткани. Установлено, что патогенетической основой проблемного течения пневмонии, развившейся в экстремальных условиях, являются продолжительная дисфункция иммунной системы, активация перекисного окисления липидов и истощение антиоксидантной системы, нарушения белкового обмена, дисгормональные сдвиги, проявляющиеся избыточной продукцией тироксина со снижением по механизму обратной связи тиреотропной функции гипофиза, существенным и длительным снижением продукции тестостерона, эстрадиола и секреции инсулина.

300. ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ ВНЕБОЛЬНИЧНЫМИ ПНЕВМОНИЯМИ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ И В СТАЦИОНАРЕ

Жук Е. А. - 1, Портная О.Н. - 1, Васильева В.П. - 2, Барочкина О.Ю. - 2
ГОУ ВПО Ивановская государственная медицинская академия Росздрава - 1, МУЗ ГКБ №

4 г. Иваново - 2

Цель: выяснить, насколько ведение больных внебольничными пневмониями (ВП) в повседневной практике соответствует современным клиническим рекомендациям. Методы исследования: Проанализировано 207 историй болезни пациентов, находившихся на стационарном лечении в терапевтическом отделении в течение года с диагнозом ВП и 100 амбулаторных карт больных ВП, лечившихся в поликлинических условиях. Результаты: Большинство амбулаторных пациентов (86%) получали антибактериальную терапию с первого дня обращения за медицинской помощью, остальные – с 3-4 дня. В 62% случаев начато лечение с назначения амоксициллина. 20% больных в качестве стартовой терапии получали цефазолин, 6% - макролиды, 3% - амоксициллин/клавуланат, в единичных случаях – цефтриаксон, доксициклин. У подавляющего большинства пациентов наблюдалось полное клиническое и рентгенологическое выздоровление от пневмонии. Среди госпитализированных больных преобладали лица пожилого и старческого возраста. Тяжелое течение ВП - 34 случая (16,4%). Из сопутствующих заболеваний наиболее часто наблюдалась ХОБЛ – 56 больных (32,8%). Для стартовой терапии в стационаре наиболее часто применялись ампициллин (31,9%), цефазолин (19,3%), цефалоспорины 3 поколения (10,7%), цефалоспорины 3 поколения + макролиды (12,5%). Смена антибиотика в процессе лечения проводилась у 38 пациентов (18,3%). Обоснована смена препарата была в 15 случаях. С выздоровлением выписаны 183 пациента (88,4%). Летальность 2%. Заключение: В стартовой терапии ВП недостаточно используются ингибитор-защищенные пенициллины. Не всегда обоснована смена антибиотиков в процессе лечения. Применение цефазолина, хотя не соответствует национальным рекомендациям и стандартам по лечению ВП, но в проанализированной группе пациентов было эффективным.

301. ВЛИЯНИЕ ВЕГЕТАТИВНОЙ ДИСФУНКЦИИ НА ПРОГНОЗ У БОЛЬНЫХ С ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИЕЙ

Кузьмина Е.В. - 1, Ефимова Е.Г. - 1, Архипова С.Л. - 1, Кукушкина Т.В. - 2, Новожилова С.В. - 2
ГОУ ВПО ИвГМА Росздрава - 1, МУЗ "3 ГКБ" г. Иваново - 2

Обследовано 50 больных в возрасте 54 ± 3,4 лет с клинико-рентгенологическим симптомокомплексом внебольничной пневмонии тяжелого течения. Стандартный комплекс обследования дополнен 5-минутной кардиоинтервалографией, выпонявшийся на аппарате «Полиспектр-6» на 5-е, 10-е, 20-е сутки заболевания. Спектральный анализ вариабельности ритма сердца включал определение общей мощности спектра (мс²) и соотношения высокочастотной и низкочастотной составляющей спектра HF\LF (у.е.). Установлено, что при тяжелой вегетативной дисфункции с ваготонией (ТР670 ±57мс², HF\LF 0,99±0,05 у.е.) у 20% больных, получающих стандартную фармакотерапию, наблюдается затяжное течение заболевания. Полное исчезновение клинических симптомов на 3-и сутки лечения, рассасывание инфильтрата в легких на 10-й день лечения сочетается с нормализацией мощности спектра (ТР 2556±183,6 мс²) и вегетативной регуляции (HF\LF 1,5 ± 0,07 у.е) на 10-й день лечения. У 6% обследованных низкая мощность спектра (ТР186±33 мс²) сочеталась с симпатикотонией (HF\LF 18,6±0,12у.е.). Течение пневмонии в этой когорте осложнилось формированием абсцесса легких, что сочеталось с нарастанием вегетативной дисфункции. У 14% больных с нормальной ТР и эутонией во всех случаях отмечено высокое качество выздоровления. Предварительный анализ результатов исследования показывает, что спектральный анализ вариабельности ритма сердца у больных тяжелой внебольничной пневмонией может использоваться в определении реабилитационного потенциала больных в период стационарного лечения в общетерапевтическом отделении. Предиктором низкого качества реабилитации по-

видимому является низкая общая мощность спектра. Для определения значимости ваготонии и симпатикотонии для качества реабилитации требуется продолжение клинических исследований.

302. ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ С ПРИМЕНЕНИЕМ НИЗКОДОЗОВОЙ ЛАЗЕРНОЙ ТЕРАПИИ

Кораблин П. Н. - 1, Ефимова Е.Г. - 1, Гудухин А.А. - 1 , Кукушкина Т.В. - 2
ГОУ ВПО ИвГМА Росздрава - 1, МУЗ "3 ГКБ" г. Иваново - 2

Для повышения эффективности лечения внебольничной пневмонии в комплекс стандартного лечения больных была включена низкодозовая лазеротерапия. В рандомизированное контролируемое стратифицированное (по типу гемодинамики) клиническое исследование с параллельным набором групп включено 78 больных с клинико-рентгенологическим симптомокомплексом внебольничной пневмонии в возрасте 54 ± 3,4 лет. Сформировано 3 группы больных. В группе № 1 проведена стандартная терапия, в группе № 2 – стандартная терапия сочеталась с общепринятой методикой облучения, в группе № 3 – стандартная терапия дополнена низкодозовой лазеротерапией. Пациентам проведено стандартное клинико-инструментальное обследование и оценка микроциркуляции методом лазерной допплеровской флоуметрии (ЛАКК-1 НПО «Лазма»). Эффект лечения считали «отличным » - если клиническое улучшение сочеталось с полным рассасывании инфильтрата на 10-е сутки стационарного лечения и формированием нормоциркуляторного типа гемодинамики, «хорошим» - если клиническое улучшение сочеталось с полным рассасывании инфильтрата на 10-е сутки стационарного лечения и сохранением патологического типа гемодинамики, «удовлетворительным» - если клиническое улучшение не сопровождалось полным рассасывании инфильтрата на 10-е сутки стационарного лечения и сохранялся патологический тип гемодинамики. В группе №1 «отличный» эффект наблюдался в 55% больных, «хороший»-в 35%, «удовлетворительный» - в 10%. Во второй группе «отличный» эффект наблюдался в 70% больных, «хороший»-в 25%, «удовлетворительный» - в 5%. В группе №3 «отличный» эффект наблюдался в 75% больных, «хороший» - в 22%, «удовлетворительный»-в 3%. Таким образом, дополнение стандартной фармакотерапии инфракрасным лазерным излучением, позволяет повысить эффективность лечения больных пневмонией.

303. ОСОБЕННОСТИ ГЕМОДИНАМИКИ У БОЛЬНЫХ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИЕЙ.

Кораблин П. Н. - 1,Ефимова Е. Г. - 1, Гудухин А. А. - 1, Стипакова А.В. -2
ГОУ ВПО ИвГМА Росздрава - 1, МУЗ "3 ГКБ" г. Иваново - 2

Одним из факторов, имеющих самостоятельное значение для прогноза течения внебольничной пневмонии является нарушение микроциркуляции. Для оценки тяжести нарушений микроциркуляции при внебольничной пневмонией в исследование включили 78 больных с клинико-рентгенологическим симптомокомплексом внебольничной пневмонии. Обследованы пациенты в возрасте 54 ± 3,4 лет. Состояние микроциркуляции оценивали методом лазерной допплеровской флоуметрии (ЛАКК-1 НПО «Лазма»). Определяли: параметр микроциркуляции (ПМ, пф.ед.), его коэффициент вариации (KV, %), - индекс эффективности микроциркуляции (ИЭМ, у.е.), резерв капиллярного кровотока (РКК, %). Установлено, что у 55 % пациентов с сегментарным инфильтратом формируется гиперемический тип гемодинамики, при котором приток крови увеличивается за счет нейрогенных влияний, этот тип микроциркуляции был характерен для больных пневмонией, у пациентов с долевой пневмонией формировался застойно-стазический и спастический типы микроциркуляции, связанные с дисфункцией эндотелия

и необходимостью компенсации дыхательной недостаточности за счёт изменения скорости кровотока и повышения давления в легочной артерии. У больных с гиперемическим типом микроциркуляции под влиянием лечения произошло снижение исходно повышенного показателя микроциркуляции (ПМ) на 23% ($p<0,001$) и увеличение индекса эффективности микроциркуляции (ИЭМ) на 25% ($p<0,001$). У пациентов со застойно-стазическим типом микроциркуляции выявлен исходно сниженный показатель пульсовых колебаний кровотока, что отражает наличие спазма артериол. Таким образом, оценка микроциркуляции у больных внебольничной пневмонией методом ЛДФ может быть использована в качестве дополнительного функционального критерия тяжести течения воспалительного процесса в легких.

304. ВНЕЛЕГОЧНЫЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ СРЕДНЕГО И ТЯЖЕЛОГО ТЕЧЕНИЯ

Ефимова Л.П.-1, Русак С.В.-2, Шахова О.В-3.
Сургутский госуниверситет, Сургутская окружная клиническая больница

Цель: изучить внелегочные проявления при пневмонии средней и тяжелой степени
Материалы и методы: обследованы 22 больных с внелегочными проявлениями при пневмонии средней и тяжелой степени, проходивших лечение в пульмонологическом отделении Сургутской окружной клинической больницы. 9 женщин и 13 мужчин. Пневмония средней степени тяжести была у 11 человек, тяжелого течения - у 11 человек. В группу сравнения были включены 23 здоровых жителя Сургута, соответствующих по возрасту и полу. Средний возраст больных 45 лет. Исследование клинического анализа крови проводили на гематологическом анализаторе Bekman-Coulter. Рассчитывали интегральные гематологические показатели (ИГП): лейкоцитарный индекс интоксикации - ЛИИ, индекс соотношения нейтрофилов и лимфоцитов - ИСНЛ. Выполняли биохимическое и клиническое исследование мочи, биохимическое исследование маркеров поражения печени. Статистическую обработку данных проводили методами описательной статистики (M±m) и корреляционного анализа с использованием программы Биостат.
Результаты: Изменения со стороны системы кроветворения проявлялись анемией – 59,1% и лейкопенией – 4,5%. Поражение почек проявилось клиникой токсического нефрита (протеинурия, повышение азотистых шлаков в крови) у 59,1%. Внелегочные проявления со стороны печени (клиника токсического гепатита) были у 54,5% .
Значения ИГП у здоровых лиц составили: ЛИИ = 0,29±0,05; ИСНЛ = 1,01±0,09. У больных пневмонией средней тяжести: ЛИИ = 6,32±1,88 и ИСНЛ = 7,6±1,68. Пневмония тяжелого течения: ЛИИ = 10,8±2,95 и ИСНЛ = 10,76±2,01. При пневмонии средней тяжести установлена прямая связь между ИМТ и температурой тела ($r=0,836$; $p=0,001$), показателем гемоглобина и диастолическим АД ($r=0,671$; $p=0,024$), показателем гемоглобина и систолическим АД ($r=0,64$; $p=0,034$).

305. НЕКОТОРЫЕ ВОПРОСЫ МЕТОДОЛОГИИ ФАРМАКОЭКОНОМИЧЕСКОГО АНАЛИЗА ЛЕЧЕНИЯ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ В СТАЦИОНАРЕ

Зайцев А. А.
Государственный институт усовершенствования врачей МО РФ

Целью нашего исследования явилась попытка разработать формулы для расчета некоторых затрат на ведение пациентов с внебольничной пневмонией (ВП) в стационаре.
Результаты: Стоимость рентгенологического исследования должна рассчитываться с учетом средней цены аппарата и рентгеновской пленки, количества исследований выполняемых за год, количества дней эксплуатации аппарата по предложенной нами формуле: $CRи = CRа / КРи/год \times Срасх.мат \times Вэ$ где, CRи – стоимость одного рентгенологического исследования; CRа – стоимость рентген-аппаратуры; КРи/год –

количество исследований в год; Срасх.мат – стоимость расходных материалов (пленка, реактивы и пр.); Вэ – время/срок эксплуатации рентген-аппарата в годах. По такому же принципу должны учитываться расходы на любую инструментальную диагностику. Расходы на проведение лабораторных исследований необходимо рассчитывать с учетом цены реактивов, но без учета затрат на эксплуатацию аппаратуры, так как она заложена в койко-день.
Для расчета затрат на дополнительные консультации врачей-специалистов нами предлагается следующая формула: СНк = Кк × Ск / n где, СНк – стоимость/нуждаемость консультаций на выборку больных; Кк – количество необходимых консультаций; Ск – стоимость консультации определенного специалиста; n – количество пациентов в выборке.
Заключение: Таким образом, представленные в работе формулы, по нашему мнению, позволят решить ряд задач, стоящих перед врачами и руководителями лечебных учреждений по экономической оптимизации ведения пациентов с ВП.

306. ОКИСЛИТЕЛЬНЫЙ МЕТАБОЛИЗМ И АПОПТОЗ НЕЙТРОФИЛЬНЫХ ЛЕЙКОЦИТОВ ПРИ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ

Жаворонок Т.В.-1, Петина Г.В.-1, Агеева Т.С.-2, Стариков Ю.В.-1, Рязанцева Н.В.-1, Тетенев Ф.Ф.-1, Степовая Е.А.-1, Бычков В.А.-1
ГОУ ВПО СибГМУ Росздрава, г. Томск - 1, Томский Военно-медицинский институт - 2

Цель: оценить участие SH-групп в окислительном метаболизме и апоптоз нейтрофилов в острый период внебольничной пневмонии (ВП).
Материалы и методы: Обследовано 18 пациентов ВП, из них 10 с альвеолярным типом инфильтрата легочной ткани, 8 – с интерстициальным (верификация по данным компьютерной томографии), и 20 здоровых доноров (ЗД), в возрасте от 18 до 50 лет. Нейтрофилы выделяли и культивировали с блокатором SH-групп N-этилмалеимидом (NEM) или с 4-дитиоэритритолом (DTE), поддерживающим SH-группы в восстановленной форме. Окислительный стресс в культуре нейтрофилов ЗД моделировали с 500 мкМ H_2O_2. В культуре клеток оценивали реализацию апоптоза методом проточной цитометрии, образование гидроксильных радикалов (ОН), активность миелопероксидазы (МП), глутатионпероксидазы (ГП), количество глутатиона (GSH).
Результаты: Апоптоз нейтрофилов в остром периоде ВП и при инкубации нейтрофилов ЗД с H_2O_2 превышал на 15-20% спонтанные величины у ЗД, составляющие 52,29 (46,01–57,2)%, ($p<0,05$); активность МП и продукция ОН нейтрофилами были также повышены, а компоненты системы GSH угнетены ($p<0,01$). При этом образование ОН было больше у пациентов с альвеолярным типом инфильтрата, чем с интерстициальным ($p<0,01$), а в активности МП и ГП значимых отличий не выявлялось. Воздействие NEM на культуру нейтрофилов приводило к усилению продукции ОН, снижению GSH и активности ГП в нейтрофилах по сравнению с контролем ($p<0,05$). Инкубация с DTE способствовала снижению продукции ОН и стимуляции компонентов системы GSH ($p<0,05$).
Заключение: Активация летальной программы апоптоза нейтрофилов в остром периоде ВП может быть опосредована дисбалансом окислительного метаболизма и его тиол-дисульфидной регуляции.

307. ОСОБЕННОСТИ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ У ПОЖИЛЫХ

Мирхайдаров А.М.-1, Фархутдинов У.Р.-1,2, Фархутдинов Ш.У.-1
Больница №21-1, Башкиский Государственный Медицинский Университет-2, Уфа

Цель: Провести анализ клинических показателей и состояния кислородзависимого метаболизма клеток у больных внебольничной пневмонией (ВП) различных возрастных групп.

Методы: Обследованы 59 больных ВП. Выделены 2 возрастные группы больных. В 1-ю группу вошли 39 больных ВП в возрасте 18-60 лет, во 2-ю группу - 20 пациентов старше 60 лет. Помимо общеклинического обследования, у больных исследовали продукцию активных форм кислорода (АФК) методом регистрации спонтанной (СП) и индуцированной (ИН) люминолзависимой хемилюминесценции (ХЛ) цельной крови.
Результаты: В первые сутки заболевания были госпитализированы 64,1% больных ВП 1-й группы и 35% больных 2-й группы. У больных 1-й группы в 70% случаев отмечалась высокая лихорадка, в 46% - лейкоцитоз в анализах крови, в 82% - ускоренное СОЭ, в 33,3% случаев - долевые инфильтрации в легких. Во 2-й группе у больных высокая лихорадка отмечалась в 35% случаев, лейкоцитоз в крови – в 25%, ускоренное СОЭ - в 65%, долевые пневмонии – в 20% случаев. Показатели СПХЛ и ИНХЛ у больных 2-й группы были ниже, чем у больных 1-й группы соответственно в 2,4 и 1,8 раза. Установлено, что по сравнению с больными 1-й группы, у больных ВП 2-й группы на 4 дня больше была продолжительность стационарного лечения и в 3 раза чаще наблюдались случаи затяжного течения заболевания. Показатели ХЛ крови у больных 2-й группы после лечения оказались ниже, чем у больных 1-й группы в среднем в 1,2 раза.
Выводы: Для больных ВП пожилого возраста являются характерными стертость клинических симптомов, затяжное течение заболевания, снижение микробицидной активности клеток крови.

308. СОСТОЯНИЕ СВОБОДНОРАДИКАЛЬНОГО ОКИСЛЕНИЯ ПРИ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЙ ПНЕВМОНИИ

Фархутдинов У. Р.-1,2
Больница №21-1, Башкирский Государственный Медицинский Университет-2, Уфа

Цель: у крыс с экспериментальной пневмонией (ЭП) изучить состояние свободнорадикального окисления (СРО) и влияние на этот процесс α –токоферола (α-ТФ).
Методы: опыты проведены на 160 белых крысах. ЭП моделировали введением в легкие крыс культуры пневмококка. Группа животных из 80 крыс в течение 7 суток получала 100 мг/кг α-ТФ. Животных забивали под наркозом до введения пневмококка и на 1, 3, 7 сутки ЭП. Исследовали содержание малонового диальдегида (МДА) в легких, печени, почках, определяли показатели фагоцитоза (ФАГ) альвеолярных макрофагов (АМ) и продукцию активных форм кислорода (АФК) АМ–НСТ-тестом, регистрировали Fe2+зави-симую хемилюминесценцию (ХЛ) гомогенатов органов и крови, проводили морфологические исследования легких.
Результаты: у интактных животных содержание МДА в легких было меньше, чем в печени и почках. В присутствии ионов Fe2+ в гомогенате легких в отличие от печени не наблюдалась ХЛ. Добавление гомогената легких к гомогенату печени подавляла в ней ХЛ. Моделирование ЭП у животных сопровождалось повышением показателей НСТ-теста и ФАГ АМ, увеличением МДА в легких, повышением ХЛ крови. Установлена корреляционная связь между содержанием МДА в легких с показателями НСТ-теста АМ и ХЛ плазмы крови. Введение крысам с ЭП α-ТФ приводило к уменьшению содержания МДА в легких, снижению показателей НСТ-теста и ФАГ АМ, угнетению ХЛ крови. На 7 сутки в легких у этих животных отмечались увеличение инфильтрации и деструктивные изменения.
Выводы: легкие обладают высокой антиоксидантной активностью. Развитие воспаления в легких сопровождается увеличением в них содержания перекисных продуктов. Инициатором СРО в легких являются АМ. α-ТФ подавляет СРО в ткани легких, ФАГ и микробицидную активность АМ, что приводит к генерализации воспалительного процесса.

309. ЭФФЕКТИВНОСТЬ СТУПЕНЧАТОЙ ТЕРАПИИ СУМАМЕДОМ БОЛЬНЫХ ПНЕВМОНИЕЙ

Фархутдинов Ш.У.-1, Фархутдинов У.Р.-1,2
Больница №21-1, Башкирский Государственный Медицинский Университет-2, Уфа

Цель: оценить эффективность сумамеда в лечении больных с нетяжелой внебольничной пневмонией (ВП).
Методы: обследованы 57 больных с нетяжелой ВП в возрасте 18 -58 лет госпитализированных в стационар. Диагноз ВП подтвержден клиническими, лабораторными и рентгенологическими методами обследования. Контрольную группу составили 37 больных, получавших монотерапию β-лактамустойчивыми антибиотиками (аминопенициллины, цефалоспорины). Группу сравнения составили 20 больных ВП в лечении которых использовали сумамед в режиме ступенчатой терапии: по 500 мг 1 раз в сутки внутривенно капельно на протяжении 3-х дней, а затем перорально по 500 мг в сутки в течение 5 дней.
Результаты: у всех больных ВП наблюдался кашель с выделением слизисто-гнойной мокроты, одышка при нагрузке, влажные хрипы в легких, повышение температуры тела до 390 С. В анализах крови у них отмечался лейкоцитоз со сдвигом лейкоформулы влево, повышение СОЭ и С-реактивного протеина, а на рентгенограммах – выявлялась инфильтрация легочной ткани. У больных контрольной группы на фоне лечения длительно сохранялись симптомы заболевания, в ряде случаев воспалительный процесс принимал затяжной характер. У больных получавших сумамед на 3-ьи сутки наблюдалась нормализация температуры тела, на 5-ые - уменьшение одышки и хрипов в легких, а на 7-ые - уменьшение размеров инфильтрации в легких, улучшение клинических анализов крови. У них, по сравнению с больными контрольной группы, сократились на 4 дня сроки пребывания в стационаре.
Выводы: ступенчатая терапия больных ВП сумамедом способствует быстрой регрессии клинических, лабораторных и рентгенологических признаков заболевания, сокращает длительность стационарного лечения.

310. ХАРАКТЕРИСТИКА ИММУННЫХ НАРУШЕНИЙ ПРИ ТЯЖЕЛОЙ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ

Мусалимова Г. Г.
Чувашский государственный университет, Чебоксары

Целью исследования явилось комплексное изучение иммунного статуса у больных тяжелой внебольничной пневмонией.
Обследовано 45 пациентов с указанной патологией: 14 женщин и 31 мужчина. Средний возраст больных составил 49,9±2,1 лет. Комплексная оценка иммунного статуса включала исследование Т-клеточного, гуморального звеньев иммунитета и фагоцитоза. Иммунологические исследования проводились на 1-2-й дни пребывания в стационаре. Исследование показателей гуморального и клеточного иммунитета показало, что у больных с тяжелой внебольничной пневмонией наблюдаются дефекты Т-клеточного звена иммунитета в виде снижения количества 109/л), CD4+-лимфоцитов (27,9±6,1%,×CD3+-лимфоцитов (50,4±7,4%, 1,13±0,56 109/л), CD16+-лимфоцитов×109/л), CD8+-лимфоцитов (22,9±4,4%, 0,52±0,29×0,63±0,34 109/л), а также депрессия иммунорегуляторного индекса×(16,4±4,9%, 0,22±0,17 (CD4+/CD8+-1,23±0,36). Наряду с изменениями в Т-системе выявляются отклонения в гуморальном звене иммунитета, проявляющиеся увеличением CD20+-лимфоцитов 109/л), повышением концентрации сывороточного IgM×(13,3±4,6%, 0,29±0,15 (2,14±2,9 г/л) и ЦИК (47,3±6,7 у.е.). Параллельно обнаруживаются отклонения и в фагоцитарном звене иммунитета, характеризующиеся повышение+м ФИ (62,6±13,3%) и ФЧ (6,5±1,9).

Таким образом, у больных с тяжелыми внебольничными пневмониями значительно изменяются показатели клеточного и гуморального иммунитета. В целом можно констатировать наличие иммунодефицитного состояния, прежде всего по Т-клеточному типу. В условиях депрессии клеточного звена иммунитета активируется фагоцитоз и гуморальный иммунитет. Представленные данные свидетельствуют об участии иммунных нарушений в патогенезе тяжелых пневмоний и определяют необходимость проведения иммунокоррекции на фоне базисной антимикробной терапии.

311. ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ И ИХ КОРРЕКЦИЯ ПРИ МИКОПЛАЗМЕННОЙ И ХЛАМИДИЙНОЙ ПНЕВМОНИЯХ

Мусалимова Г. Г.
Чувашский государственный университет, Чебоксары

Целью исследования явилось комплексное изучение иммунного статуса у больных микоплазменной и хламидийной пневмониями и оценка эффективности применения рекомбинантного интерлейкина-2 человека (ронколейкин, ООО «Биотех», С-Петербург) в их комплексной терапии.
С этой целью обследовано 60 больных с микоплазменной и хламидийной пневмониями. Оценка иммунного статуса больных включала в себя исследование Т-системы, гуморального звена и фагоцитоза. Исследования проводились в двух группах. Пациенты I группы получали стандартную терапию; пациентам II группы на фоне стандартной терапии вводили иммуномодулятор ронколейкин по 500 000 МЕ внутривенно капельно двукратно с интервалом в 72 часа.
У больных микоплазменной и хламидийной пневмониями выявлено уменьшение числа CD3+-, CD4+, CD4+-лимфоцитов и снижение CD4+/CD8+, снижение пролиферативной активности, нарушение экспрессии рецепторов к ИЛ-2 и усиление апоптоза. Обнаружены отклонения и в гуморальном звене иммунитета (увеличение CD20+, уровня IgM и ЦИК). На фоне стандартной терапии наблюдалось уменьшение относительного содержания CD3+, CD4+, CD8+-лимфоцитов, повышение концентрации IgG, снижение уровня IgA и ЦИК, а также повышение ФЧ. Комплексная терапия с включением ронколейкина приводила к повышению количества лимфоцитов, CD3+, CD4+, CD8+, CD25+, CD71+-лимфоцитов и снижению CD95+-клеток. Достоверно снижались уровни IgM, IgG, ЦИК, CD20+-лимфоцитов. Иммунокорригирующее действие ронколейкина сочеталось более выраженным, чем в группе сравнения, клиническим эффектом, проявляющимся в сокращении сроков достижения клинико-лабораторной ремиссии в среднем на 3 койко/дня, в четкой положительной рентгенологической динамике к 12 дню у 86,7% больных, в снижении риска развития рецидивов и хронизации процесса.

312. ЛЕЧЕНИЕ ПНЕВМОНИИ АЗИТРОМИЦИНОМ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ.

Хамитов Р.Ф. -1, Якупова З.Н. -1, Сулбаева Т.Н. -2, Гатауллина Р.Ф. -2, Газизова Е.Е. -2, Петросян В.А. -2, Одаренко Т.Н. -2
Казанский медицинский университет МЗСР РФ -1, МУЗ г. Казани поликлиника №18 -2.

Исследовались возможности амбулаторного лечения азитромицином (Зитролид) больных внебольничной пневмонией (ВП) нетяжелого течения. Было включено 23 пациента (средний возраст 44,5 лет) без предшествующей антибиотикотерапии. Всем назначался азитромицин (Зитролид) по 500 мг в сутки 3 дня. Дизайн исследования предполагал 4 визита к пациенту и на этапе реконвалесценции 1 телефонный контакт. На 3 день в 43% температура нормализовалась, фебрильной не было ни у кого. Переносимость Зитролида в 91% была оценена как отличная и в 9% - как хорошая (не потребовалось дополнительной медикации в связи с побочными действиями препарата). На 3 визите ни у кого не

выявлялось признаков интоксикации и дыхательной недостаточности, выраженной гнойности мокроты и лейкоцитоза крови. Стойкую нормализацию температуры в последние 3 дня отмечали 83% респондентов. Вдвое уменьшилось число лиц с умеренным кашлем (26%). В 4% кашель перестал беспокоить, в 70% носил слабо выраженный характер. Уменьшилось мокротоотделение: в 52% стало слабо выраженным, в 30% прекратилось. В 91% пациенты не испытывали какого-либо дискомфорта при дыхании. На данном визите все пациенты имели нормальную температуру тела. Окончательная эффективность лечения оценивались на 4 визите и посредством телефонного опроса к концу 3-й недели. При контрольной рентгенографии у всех больных исчезли очаги пневмонической инфильтрации. На 20-й день ни у кого не было выявлено признаков рецидива ВП. Полученные результаты подтверждают эффективность и хорошую переносимость амбулаторного лечения азитромицином (Зитролидом) нетяжелой ВП.

313. ИССЛЕДОВАНИЕ ВОЗМОЖНОСТЕЙ ЛЕЧЕНИЯ ЛЕВОФЛОКСАЦИНОМ (ФЛОРАЦИД) ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ СРЕДНЕЙ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ.

Хамитов Р.Ф. -1, Сергеев В.А. -2, Якупова З.Н. -1, Сулбаева Т.Н. -3, Найденова Е.Н. -3, Одаренко Т.Н. -3, Петросян В.А. -3
Казанский медицинский университет МЗСР РФ -1, Казанский городской пульмонологический центр -2, МУЗ г. Казани поликлиника №18 -3.

Под наблюдением находились 25 больных внебольничной пневмонией (ВП) среднетяжелого течения (средний возраст 49 лет). 17 пациентов лечились амбулаторно, 8 человек были госпитализированы. В 60% ВП была в левом легком, в 40% - справа. Из сопутствующей патологии чаще встречались ХОБЛ и артериальная гипертензия. Всем пациентам назначался левофлоксацин (Флорацид) по 500 мг внутрь 1 раз в сутки в течение 7, 10 или 14 дней. На 7 день у 21 пациента не выявлялось признаков интоксикации, у 23 - дыхательной недостаточности, в 56% случаев отсутствовала гнойная мокрота, в 84% лейкоцитоз периферической крови не превышал 10•109/л. Стойкую нормализацию температуры тела в течение последних трех дней отмечали 60%. 9 пациентов соответствовали критериям достаточности антимикробной терапии, что позволило у них на данных сроках завершить лечение Флорацидом. На 10-й день завершили лечение еще 12 больных. К концу 2-й недели - оставшиеся 4 человека. Таким образом, все пациенты завершили исследование в установленные сроки согласно протоколу. В результате проведенного исследования итоговая клиническая эффективность Флорацида через критерий "выздоровление" была оценена врачами в 84% случаев, как "улучшение" - в 16%. Полученные результаты подтверждают высокую эффективность и безопасность, достаточно хорошую переносимость 7-14 дневного лечения левофлоксацином (Флорацидом) по 500 мг/сут среднетяжелых ВП как в амбулаторных так и стационарных условиях.

314. ВОЗМОЖНОСТИ ЛАЗЕРНОЙ ДОППЛЕРОВСКОЙ ФЛОУМЕТРИИ В ДИАГНОСТИКЕ МИКРОЦИРКУЛЯТОРНЫХ НАРУШЕНИЙ У БОЛЬНЫХ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИЕЙ.

Пилиева Н. Г.
Северо-Осетинская Государственная Медицинская Академия

Северо-Осетинская Государственная медицинская академия
Пневмония относится к числу наиболее распространенных инфекционных заболеваний человека. Несмотря на постоянное совершенствование методов диагностики, наличие широкого спектра высокоэффективных антибактериальных препаратов и их активное применение, пневмония по-прежнему занимает ведущее место в структуре

заболеваемости и смертности от инфекционных болезней, в том числе и в социально развитых странах. Количество дней нетрудоспособности при данном заболевании в 3 раза больше, чем при болезнях органов пищеварения, несчастных случаях и травмах. Развитие воспалительного процесса в легочной ткани при пневмониях тесно связано с нарушениями микроциркуляции, которые во многом определяют течение и исходы патологического процесса. При этом отмечено, что завершение воспалительного процесса в легких, как правило, не приводит к заметному снижению выраженности микроциркуляторных нарушений. Редуцированность альвеолярного кровотока сохраняется у ряда больных на протяжении нескольких месяцев, коррелируя с размерами и степенью нарушений в остром периоде, особенно при затяжных формах пневмонии, что диктует необходимость коррекции состояния микроциркуляции на ранних этапах лечения. Предложенные и используемые для оценки микроциркуляторных нарушений методы не всегда соответствуют требованиям повседневной клинической практики в связи с субъективностью оценки результатов, невозможностью повторного динамического исследования, недостаточной информативностью. С помощью метода лазерной допплеровской флоуметрии возможна объективна регистрация микроциркуляторного кровотока.

315. СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЭНДОТОКСИКОЗА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ТЯЖЕСТИ ТЕЧЕНИЯ ПНЕВМОНИИ

Провоторов В.М.-1, Иванова Г. А.-2
ВГМА им. Н.Н.Бурденко

Цель: изучить в динамике изменение показателей эндотоксикоза (лейкоцитарный индекс интоксикации-ЛИИ, молекулы средней массы-МСМ) у больных пневмонией с учетом тяжести течения заболевания.
Материалы и методы: было обследовано 82 пациента с внебольничной пневмонией в возрасте от 42 до 60 лет, которые были разделены на 2 группы: в 1-ю группу были включены 45 пациентов, состояние которых при поступлении было расценено как тяжелое, во 2-ю – 37 в состоянии средней тяжести. Летальность в первой группе была 9%. Для всех больных проводилось определение ЛИИ, уровня МСМ.
Обсуждение: в результате проведенных исследований были получены статистически достоверные различия показателей эндотоксикоза между пациентами 1-й и 2-й групп, составившие, в первые сутки от момента поступления в стационар, для ЛИИ 7,9±0,6 и 3,2±0,4 у.е., для МСМ 0,392±0,03 и 0,287±0,02 ЕД соответственно. Наиболее высокий уровень ЛИИ 8,8±0,4 у.е. и МСМ 0,492±0,03 ЕД наблюдались среди пациентов с тяжелым течением заболевания, впоследствии умерших от пневмонии. При проведении инфузионной терапии отмечается снижение ЛИИ в течение 3-4-х суток в среднем до 2,5±0,1 у.е. независимо от исходной тяжести заболевания. В то же время для случаев пневмонии, закончившихся летально, на фоне характерного снижения ЛИИ в первые сутки от начала терапии, наблюдается последующий рост этого показателя в 1,5-1,7 раза, несмотря на перевод больного на ИВЛ и массивную инфузионную терапию. Среди всех групп пациентов к концу периода лечения этот показатель практически достигал нормальных значений - 1,7±0,2 у.е. На фоне положительной динамики течения заболевания уровень МСМ снижается до 0,272±0,04 и 0,287±0,03 ЕД в 1й и 2й группах соответственно.
Вывод: определение ЛИИ И МСМ позволяют оценить тяжесть состояния пациента.

316. ВЛИЯНИЕ АНТИМИКРОБНОЙ ТЕРАПИИ В ОТДЕЛЕНИИ РЕАНИМАЦИИ НА ЛЕТАЛЬНОСТЬ ОТ ПНЕВМОНИИ

Багрова Л. О.-1, Шангина О.А.-2, Любушкин В.Ю.-2
1-Городской пульмонологический центр, 2-ГОУ ВПО Кемеровская медицинская академия

Росздрава

Цель: Изучение влияния антимикробной терапии на показатели летальности от пневмонии.
Материалы и методы: Анализ 819 историй болезни пациентов с пневмонией, пролеченных в стационаре в 2005-2006 г.г.
Результаты: Средний возраст пациентов составил 51,4 года, преобладали лица мужского пола – 61, 7%. Летальность в 2005 г. составила 11,6%, в 2006 г. – 6,2%. В реанимационном отделении пролечено 17,2% больных. Средние сроки пребывания в реанимационном отделении составили 5 койко-дней. Анализ антимикробной терапии пневмонии в отделении реанимации показал, что в 2005 г. комбинация двух и более препаратов применялась в 45% случаев. Наиболее часто использовались сочетание цефалоспоринов с эритромицином, амикацином, ципрофлоксацином (52,2%), а также парентеральная форма ампициллина/сульбактам с эритромицином и ципрофлоксацином (30,8%). В 2006 г. комбинарованная антимикробная терапия применялась в 100% случаев. Наиболее частые сочетания – амоксициллин/клавуланат с ципрофлоксацином, а также парентеральные макролиды с цефалоспоринами III поколения. У 1 больного проведена монотерапия левофлоксацином.
Выводы: Комбинированное антимикробная терапия при тяжелой пневмонии более эффективна, что позволило значительно снизить показатели летальности в реанимационном отделении.

317. ОСОБЕННОСТИ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ В СТАЦИОНАРАХ РАЗЛИЧНОГО ПРОФИЛЯ.

Визель А. А., Шамсутдинова Д.И., Сафин И.Н., Лысенко Г.В., Шерпутовский В.Г.
Казанский медицинский университет, Министерство здравоохранения Республики Татарстан

Было проанализировано 1037 медицинских карт стационарных больных внебольничной пневмонией, проходивших лечение в 2005 году в пульмонологических (791 пациент), терапевтических (112), инфекционных (80) отделениях и в палатах и отделениях интенсивной терапии Республики Татарстан. 54,3% больных составляли мужчины, 35,7% — женщины. Средний возраст пациентов составлял 48,2 ± 0,6 года (от 15 до 91 года, медиана 49 лет). Состояние пациентов при поступлении расценивали, как удовлетворительное в 36,5%, средней тяжести — в 54,1% и тяжёлое — в 9,4%. При экспертной оценке медицинских карт было отмечено, что в 52% случаев госпитализация была адекватна тяжести состояния, в 39,4% лечение можно было провести в амбулаторных условиях, и в 8,6% однозначное заключение было сделать невозможно. В пульмонологических отделениях наиболее часто применяли цефалоспорины III генерации (61,3%), маролиды (29,1%), пенициллин (14,5%). В терапевтических отделениях цефалоспорины III генерации применяли в 47,3%, I генерации — в 22,3%, макролиды — в 19,6%. В инфекционных отделениях лидером назначений был пенициллин (42,5%), за ним следовали цефалоспорины III генерации (27,5%) и аминопенициллины (23,8%). В палатах и отделениях интенсивной терапии лидировали цефалоспорины III генерации (63,3%), макролиды (32,1%) и фторхинолоны II генерации (32,1%). Наибольшее соответствие национальным рекомендациям в выборе антибактериальных средств было в пульмонологических отделениях, где реже (40,8%) были отмечены переходы на альтернативные схемы лечения. Наиболее часто переход на вторую схему антибиотиков происходил в инфекционных отделениях (66,2%). Наилучшие результаты дали пульмонологические отделения. 92,5% пациентов были выписаны с выздоровлением или существенным улучшением.

318. КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ СИСТЕМНОЙ ВОСПАЛИТЕЛЬНОЙ РЕАКЦИИ И ИХ СВЯЗЬ С ИСХОДОМ У БОЛЬНЫХ ВНУТРИБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИЕЙ

Добрынина Н. В.
СПбГМА им. И.И.Мечникова

Цель: оценить связь исхода внутрибольничной пневмонии (ВП) с выраженностью синдрома системной воспалительной реакции (ССВР).
Материал и методы: в анализ включено 73 пациента с установленным диагнозом ВП. Средний возраст 63,1 лет; мужчин 64,4%, женщин 35,6%; летальность – 76,7%. Клинические признаки, лабораторные показатели пациентов рассмотрены в соответствии с критериями ССВР (SIRS), предложенными на Североамериканской согласительной конференции ACCP/SCCM (R.Bone et al., 1991), и сопоставлены с исходом.
Результаты: температурный признак (более 38 или < 36ºС) имели 52% больных ВП; у 80,8% частота сердечных сокращений (ЧСС) превышала 90 уд/мин; у 90,4% отмечалась частота дыхательных движений (ЧДД) более 20 уд/мин. Лейкоцитарный признак (лейкоцитов более 12•109/л или <4•109/л, либо незрелых форм более 10%) был у 83,6%. Больные чаще имели сочетание 3-х и 4-х признаков SIRS одновременно (82,2%); в 16,4% случаев - два признака, в 1,4% - один признак. У выживших больных температурный признак был в 70,6% случаев, умерших - в 46,4%; этот признак не является прогностически ведущим ($p<0,001$). Значимым для неблагоприятного прогноза оказался признак по ЧСС: он был у 52,9% выживших больных и у 89,3% умерших ($p<0,001$). Признак по ЧДД имели 82,4% выживших и 92,7% умерших больных ($p=0,033$), что характеризует утяжеление состояния с возможным летальным исходом. Лейкоцитарный признак отмечен у 94,1% выживших и 80,4% умерших больных. При анализе связи исхода больных ВП с наличием признаков SIRS оказалось, что при одновременном сочетании 3-х признаков 60,7% больных имели летальный исход. Выжившие больные имели сочетание 3-х признаков лишь в 35,3% случаев ($p<0,001$).
Выводы: при наличии 3-х показателей SIRS, состояние больного ВП необходимо расценивать как прогностически неблагоприятное.

319. ИССЛЕДОВАНИЕ МУКОЦИЛИАРНОГО КЛИРЕНСА У БОЛЬНЫХ ЗАТЯЖНОЙ ПНЕВМОНИЕЙ, ПРИНИМАВШИХ СУРФАКТАНТ.

Великая О. В., Провоторов В.М., Перфильева М.В.
Воронежская государственная медицинская академия им. Н.Н. Бурденко

Целью работы было изучение мукоцилиарного клиренса у больных медленно разрешающейся пневмонией при использовании в комплексной терапии сурфактанта.
Материалы и методы. Под наблюдением находились 45 больных затяжной пневмонией. В 1 (основную) группу вошли 22 пациента, которым назначался Сурфактант через небулайзер в суточной дозе 75 мг через день. Во 2-ую (группу сравнения) - 23 больных, которые не принимали препарат сурфактанта. Все пациенты получали стандартную терапию П. При поступлении и через 14 дней у всех оценивали мукоцилиарный клиренс по времени выделения инулина и эффективность кашля с помощью туссографа ИКТ – I, разработанного под руководством проф. Провоторова В.М.
Результаты и выводы. При поступлении количество общих кашлевых толчков (ОКТ) за 8 часов в основной группе составило -214,5±38,2; в группе сравнения – 199,7±37,5; количество максимальных кашлевых толчков (МКТ) – 90,0±20,5 и 85,5±25,5; интенсивность кашля – 29,5±5,2 и 31,5±4,7; время выделения бронхиального секрета по инулину – 45,1±4,4 ч и 46,5±4,5 ч соответственно. Неравномерность выделения инулина в 1 группе наблюдалась у 67% больных, во 2 – у 64%. Через 2 недели ОКТ в основной

группе наблюдалось 14,2±4,2, в группе сравнения – 22,5±4,5 (p<0,05); время выделения инулина: 18,5±2,2ч и 24,5±2,5ч соответственно (p<0,001). В 1 группе неравномерность выделения инулина отсутствовала, во 2 группе сохранялась у 3 больных (10%). Таким образом, применение сурфактанта у больных затяжной П способствует более быстрому восстановлению показателей экспекторации.

320. СВЯЗЬ ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ ЛЕГКИХ С КЛИНИЧЕСКИМИ ПРОЯВЛЕНИЯМИ У БОЛЬНЫХ С ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИЕЙ.

Курбанова Г. А.
ТМА, г. Ташкент

Цель исследования – выявить взаимосвязь эндотелиальной дисфункции легких с клиническим течением заболевания у больных ВП.
Материал и методы. Обследовано 92 больных (49 мужчин и 43 женщины) в возрасте от 17 до 52 лет с диагнозом ВП средней степени тяжести. Наряду с общеклиническими, рентгенологическими и биохимическими исследованиями проведено определение уровня NO, активности ферментов эндотелиальной NO-синтазы (eNOS), индуцибельной NOS (iNOS), пероксинитрита (ONOO-) в мембранах эритроцитов и конденсате выдыхаемого воздуха (КВВ). Исследование проведено в динамике до и после проводимого лечения (7-10 дней).
Результаты. В КВВ степень повышения уровня NO, угнетения активности eNOS, стимуляция iNOS и гиперэкспрессия ONOO- коррелировали адекватно степени выраженности клинических симптомов: лихорадки, озноба, кашля с выделением мокроты, одышки, рентгенологической картиной. Исчезновение симптомов заболевания одновременно характеризовалось восстановлением исследуемых показателей эндотелиальной функции легких до уровня контрольных значений (20 условно здоровых лиц сопоставимого возраста). В мембранах эритроцитов снижение активности eNOS, установленное в активную фазу воспаления легких продолжало оставаться на низком уровне на фоне статистически значимого повышенного уровня NO, высокой активности iNOS и экспрессии ONOO- еще в течение 4-5 суток после улучшения клинического течения заболевания.
Заключение. Показатели эндотелиальной дисфункции, определяемые в КВВ в большей степени определяют степень деструкции в пораженном органе. Изменение показателей активации нитрооксидэргической системы в эритроцитах характеризует системное нарушение в организме в целом. Таким образом, клинические симптомы ВП тесно взаимосвязаны со степенью нарушения эндотелиальной функции в легких.

321. ВНЕБОЛЬНИЧНЫЕ ПЕВМОНИИ В УСЛОВИЯХ БОЛЬШОГО ПРОМЫШЛЕННОГО ГОРОДА

Ишмухаметова А.Н., Явгильдина А.М., Поздеева Э.Д., Башина Л.С.
ГОУ ВПО «Башгосуниверситет Росздрава», г.Уфа

Цель: целью настоящего исследования стало изучение особенностей клиники внебольничных пневмоний у лиц госпитализируемых для лечения в общетерапевтический стационар промышленного города.
Материалы и методы исследования: Дизайн исследования –ретроспективный анализ 300 историй болезни больных госпитализированных в общетерапевтическое отделение городской больницы по поводу внебольничной пневмонии.
Результаты: Из 300 госпитализированных в связи с пневмонией больных: мужчины-60,4% и женщины–39,6%.Преобладали лица пожилого возраста(51-60 лет-20,7%; 61-70 лет–34,4%).Микробиологическое исследование мокроты при поступлении было проведено у 48,3% больных. При этом среди выделенных микроорганизмов

преобладали:Str. Viridans–60,7%,энтеробактерии–7,1%.St. aureus–3,5%,Str. Epidermidis–3,5%;Acenitobacter –3,5%.При рентгенологическом контроле преобладали случаи одностороннего патологического процесса (74,1%), левостороннее поражение отмечалось чаще(56,4%). Сопутствующая патология выявлена у 68,9% пациентов, в структуре которой ИБС с ХСН- 60,3% , бронхиальная астма -10,7%,прочие- 29%.У77,4 % госпитализированных пневмония протекала без осложнений, у 22,6%-осложнилась плевритом (9,6%), ателектазом – (9,6%), абсцессом легкого–(3,2%).Средний период лечения составил 20 койко-дней (65,5%).В обеспечении этиологического лечения применялись парентеральные цефалоспорины 2 - 3 поколения (87,9%).В 20% случаев фармакотерапия обеспечивалась комбинацией цефалоспоринов с макролидами–7,3%,фторхинолонами 2-го поколения–4,1% и противомикробными препаратами -8,6%. Заключение: Таким образом, контингент госпитализированных составляют лица пожилого возраста(55,1%),мужчины-(60,4%),с односторонней локализацией(74,1%),со значительно отягощающей течение пневмонии сопутствующей соматической патологией(68,9%).

322. ЛЕЧЕНИЕ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ У ЛИЦ МОЛОДОГО И ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА: ОБЩНОСТЬ И ОСОБЕННОСТИ

Шепеленко А. Ф. Дмитриев Ю.К., Путило В.М., Дуганов В.К, Кулагина И.Ц.
ГВКГ им. Н.Н. Бурденко, ММА им. И.М. Сеченова, Москва

Цель: изучение общности и особенностей лечения и реабилитации больных внебольничной пневмонией пожилого и молодого возраста с учетом взаимовлияния сочетанной патологии респираторной, сердечно-сосудистой и мочевыделительной систем в интересах оптимизации их ведения в условиях пульмонологического стационара крупного многопрофильного госпиталя.
Методом сплошной выборки в течение 3-х лет в пульмонологической клинике ГВКГ им. Н.Н. Бурденко отобрано 2 группы наблюдения: 142 больных ВП пожилого возраста (от 60 до 88, в среднем 72,8±3,7 лет) – основная группа; 125 молодых пациентов с ВП (от 14 до 40, в среднем 25,2±2,6 лет) – сравнительная группа. Основу лечения пневмоний в обеих группах составила антибактериальная химиотерапия. При этом, если в лечении пневмоний у молодых наиболее востребованными были пенициллин и его производные, макролиды, в то время как цефалоспорины 3-го поколения позиционировались только на 3 месте, то в основной группе наиболее часто назначались именно цефалоспорины 3-го поколения (более половины наблюдений) и фторхинолоны. Комбинации антибактериальных средств различных классов в лечении больных пневмонией пожилого возраста применялись достоверно чаще, чем при лечении молодых пациентов – в 52,1% наблюдений против 39,2% ($p<0,05$), что обусловлено не столько тяжестью самой пневмонии, сколько полиморбидностью и тяжестью сочетанной хронической респираторной и урологической патологии у возрастных больных. Системные стероиды как средство патогенетической терапии применялись в лечении пожилых пациентов втрое чаще. Бронхолитическая терапия в лечении пневмоний у пожилых, с превалирующими бронхитическим и бронхообструктивным синдромами, носила патогенетический характер и использовалась вдвое чаще, чем у молодых людей.

323. ГОСПИТАЛЬНАЯ ПНЕВМОНИЯ У «ХИРУРГИЧЕСКИХ» БОЛЬНЫХ МНОГОПРОФИЛЬНОГО ЛЕЧЕБНОГО УЧРЕЖДЕНИЯ

Шепеленко А. Ф., Дуганов В.К., Тихонов Ю.Г., Брыкин В.Н.
ГВКГ им. Н.Н. Бурденко, Москва

Цель: изучение наиболее важных особенностей этиологии, патогенеза, диагностики и лечения госпитальных пневмоний (ГП) у больных хирургического профиля крупного многопрофильного госпиталя.

В ГВКГ в течение 2004-2006гг. ГП диагностирована у 42 больных с хирургической патологией. Все пациенты были разделены на 2 группы: 1-я - 26 пациентов с ГП легкой и средней степени тяжести, 2-я - 16 пациентов с тяжелой пневмонией. Факторами риска развития ГП считали: длительную госпитализацию и/или предоперационный период; прием лекарств угнетающих функцию ЦНС и увеличивающих частоту аспирации; длительное или осложненное хирургическое вмешательство, эндотрахеальную интубацию; продолжительное и неадекватное применение антибиотиков; наличие назогастрального зонда; прием кортикостероидов. У больных 1 группы факторы риска отсутствовали, или их набор был минимален. Возбудителями в этих случаях оказывались пневмококк, кишечные грамотрицательные бактерии. Разрешение инфильтрации изменений в легких наступало в среднем на 10-й день после начала антибактериальной терапии. Средняя длительность антибактериальной терапии составила 12 дней. У больных 2 группы чаще высевали кишечные грамотрицательные бактерии, синегнойную палочку. У всех больных отмечено 2 и более факторов риска. Длительность антибактериальной терапии составила в среднем 16 дней, проводилась комбинацией 2-3 антибактериальных препаратов, в том числе карбапенемами.
Выводы: ГП остается одним из наиболее грозных осложнений у хирургических больных, в большинстве случаев ассоциируется с кишечными грамотрицательными бактериями, золотистым стафилококком, синегнойной палочкой, ацинетобактером, пневмококком. Карбапенемы обладают высокой активностью в отношении всех основных возбудителей тяжелой ГП.

324. ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКИ И ДИАГНОСТИКИ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ У ПОЖИЛЫХ И МОЛОДЫХ ПАЦИЕНТОВ

Шепеленко А. Ф., Дмитриев Ю.К., Путило В.М., Дуганов В.К.
ГВКГ им. Н.Н. Бурденко, ММА им. И.М. Сеченова, Москва

Цель: сравнительное изучение особенностей клинического течения и диагностики внебольничной пневмонии у пациентов пожилого и молодого возраста с учетом влияния сочетанной висцеральной патологии в интересах оптимизации лечебно-диагностического обеспечения данной категории больных в условиях пульмонологического стационара крупного многопрофильного лечебного учреждения.
Методом сплошной выборки в течение 3-х лет в пульмонологической клинике ГВКГ им. Н.Н.Бурденко отобрано 2 группы наблюдения: 142 больных ВП пожилого возраста (от 60 до 88, в среднем 72,8±3,7 лет) – основная группа; 125 молодых пациентов с ВП (от 14 до 40, в среднем 25,2±2,6 лет) – сравнительная группа. Средние сроки от начала ВП до госпитализации составили 6,8±0,4 и 3,9±0,3 дней ($p<0,01$). Острое, бурное начало пневмонии отмечалось у 52,1% больных основной и 73,6% - сравнительной группы ($p<0,05$). У 62,3% больных основной группы верифицировалась сочетанная хроническая респираторная патология, причем у 2\3 из них – в фазе обострения, у 72,6% - сочетанная патология мочевыделительной системы и у 98,6% больных сочетанная сердечно-сосудистая патология. В сравнительной группе сочетанные висцеральные изменения диагностировались не более чем в 15% наблюдений. У пожилых больных ВП расценивалась как тяжелая в 8,1% случаев, среднетяжелая – 45,3%, легкая – 46,6%. Тяжесть ВП не вполне соответствовала тяжести общего состояния больных при поступлении – 14,3%, 39,3% и 46,4% соответственно. У молодых пациентов общее состояние было тяжелым лишь в 6,4%, в то время как тяжелое течение ВП наблюдалось в 15,2%. Сроки разрешения инфильтрации у пожилых были большими, чем в сравнительной группе – 16,8±1,7 и 12,6±0,7 дней, а средние сроки лечения составили 20,1±1,9 и 14,7±1,3 дней ($p<0,01$).

325. ОЦЕНКА МЕСТНОГО ИММУНИТЕТА У БОЛЬНЫХ С РЕСПИРАТОРНЫМ МИКОПЛАЗМОЗОМ.

Совалкин В.И., Долгих Т.И., Меньщикова И.В., Астафьев А. В.
Омская областная клиническая больница, ОмГМА

M. pneumoniae - причина развития ОРЗ, трахеитов, бронхитов, пневмоний. Применение антимикробных средств приводит к временному подавлению возбудителя. Реинфекция M. pneumoniae возможна в результате ослабления локального синтеза sIgA. Цель исследования: оценка секреторного иммунитета у больных из организованного военизированного коллектива. Материалы и методы: обследован 51 больной в возрасте от 14 до 17 лет с пневмонией. Биоматериал для исследования: кровь и бронхоальвеолярная жидкость (БАЖ). Материалы и методы: бактериологический – выделение бактериального агента в БАЖ; ПЦР (детекция ДНК M.pneumoniae в БАЖ); ИФА (определение содержания sIgA в БАЖ). В сыворотке крови определялись антитела IgG к M.pneumoniae (тест-системы “Serodia–mico II”, Япония). Результаты и обсуждение: у 49 пациентов выявлены положительные титры антител от 1/40 до 1/80 к M.pneumoniae. ДНК M.pneumoniae выделена у 10 больных (19,6%). Параллельно выявлены специфические At к M.pneumoniae и детектирована ДНК у 10 больных. У 10 больных в БАЖ высевались следующие агенты: S.pneumoniae, S.aureus, Candida. 5 больных, серопозитивных к M.pneumoniae, поступали повторно с признаками пневмонии или бронхита. В зависимости от выделенного этиологического агента больные были разделены на группы: серопозитивные к M.pneumoniae; с микст–инфекцией и больные с бактериальной инфекцией. Повышение уровня sIg A (до 50 пг/мл) регистрировалось у всех больных с микст–инфекцией и коррелировало с тяжелым течением заболевания. У больных, поступавших повторно, зарегистрированы низкие уровни sIg A (до 5 пг/мл). Заключение: изменения со стороны секреторного иммунитета коррелируют с клиническими проявлениями заболевания и обосновывают включение в схему лечения иммуномодуляторов с целью снижения риска рецидива инфекции.

326. ОСОБЕННОСТИ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ, ВОЗНИКШЕЙ НА ФОНЕ ОБОСТРЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ БРОНХО-ЛЕГОЧНОЙ ПАТОЛОГИИ

Кулагина И.Ц., Шепеленко А. Ф., Дмитриев Ю.К., Овсянников В.В., Путило В.М.
ГВКГ им. Н.Н. Бурденко, ММА им. И.М. Сеченова, Москва

Цель: Изучение частоты, структуры, патогенетической группировки сочетанных заболеваний органов дыхания у больных внебольничной пневмонией (ВП); особенностей клинического течения, диагностики и лечения ВП у пациентов с обострением сопутствующей бронхо-легочной патологии в интересах оптимизации диагностической и терапевтической тактики их ведения в условиях пульмонологического стационара.
В пульмонологической клинике ГВКГ им. Н.Н. Бурденко методом сплошной выборки в течение 2006г. отобраны и обследованы 76 больных ВП и обострением сочетанной с хронической бронхо-легочной патологией – основная группа. Возраст пациентов данной группы колебался в интервале от 31 до 89 лет, составив в среднем 53,9±6,5 лет. Сравнительная группа - 67 пациентов с ВП без фоновых заболеваний органов дыхания в возрасте от 14 до 68 лет (средний возраст 41,3±7,6 лет). Острое, бурное начало пневмонии отмечалось у 54,3% больных основной и 71,8% - сравнительной группы ($p<0,05$). При этом у пациентов основной группы превалирующими были проявления бронхитического симптомокомплекса, в то время как в сравнительной группе – проявления легочного инфильтрата и воспалительной интоксикации. Всем больным была назначена этиотропная химиотерапия, причем если в сравнительной группе превалировали аминопенициллины и макролиды, то у пациентов с фоновой хронической респираторной патологией чаще использовались цефалоспорины 3 поколения (52,8%) и фторхинолоны (32,5%). При этом

комбинированная антибактериальная терапия применялась более чем у половины больных основной группы против 23,2% в сравнительной. Средние сроки стационарного лечения больных составили 23,6±1,9 и 15,7±1,2 дней соответственно.

327. ОСОБЕННОСТИ НОЗОКОМИАЛЬНОЙ ПНЕВМОНИИ В МНОГОПРОФИЛЬНОМ СТАЦИОНАРЕ

Байгозина Е. А. - 1, Совалкин В.И. - 2
Омская областная клиническая больница - 1, Омская государственная медицинская академия -2

Цель: выявить современные особенности нозокомиальной пневмонии (НП) и вентилятор-ассоциированной пневмонии (ВАП) в многопрофильном стационаре
Методы исследования: Дизайн исследования - проспективное когортное. Обследовано 108 пациентов с НП в различных подразделениях Омской областной клинической больницы (ООКБ).
Результаты: По данным результатов патолого-анатомических исследований, распространенность НП в ООКБ составила 14,2%. НП чаще развивается в хирургических отделениях (в 71% случаев), реже – в терапевтическом стационаре (23%) и неврологии – 6%. Трудности диагностики НП и особенно ВАП усугубляются возможностью скрытого (11%) и малосимптомного (30%) вариантов течения данной пневмонии, хотя в большинстве случаев имела место типичная клиническая картина пневмонии (59%). По вышеуказанным объективным причинам в 16% случаев зарегистрирована гиподиагностика пневмонии, в 10,2% - гипердиагностика. Среди наиболее частых осложнений НП следует выделить: плевральный выпот – 20%; отек легких – 11,4%; абсцедирование – 8,6%; пневмоторакс – 2,9%.
Выявлено, что уровень летальности у пациентов хирургического профиля повышается до 64% при наличии тяжелой НП (против 35% при отсутствии данного осложнения; $p<0,01$). Кроме этого, продолжительность пребывания пациентов с НП (ВАП) в отделении интенсивной терапии (ОИТ) увеличивается в среднем на 22 сут., в стационаре - на 25 сут. Следует подчеркнуть, что стоимость лечения одного эпизода НП составляет минимум 40-50 тысяч рублей в случае отсутствия полирезистентных микроорганизмов.
Заключение: НП – широко распространенное осложнения в многопрофильном стационаре, характеризуется объективными сложностями диагностики, лечения и серьезностью прогноза вне зависимости от популяции больных.

328. ОПЫТ ЭФФЕКТИВНОГО И БЕЗОПАСНОГО ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА «СУМАМЕД» (АЗИТРОМИЦИН) В РЕЖИМЕ СТУПЕНЧАТОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ С ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИЕЙ ТЯЖЕЛОГО ТЕЧЕНИЯ.

Алмазова Е. В.
ГУЗ Рязанская клиническая больница им. Н.А.Семашко

Цель: оценка эффективности и безопасности препарата Сумамед® в режиме ступенчатой терапии у больных с внебольничной пневмонией тяжелого течения.
Методы исследования: В условиях терапевтического отделения Рязанской клинической больницы им. Н.А.Семашко в рамках программы «Старт» наблюдались 16 пациентов с диагнозом: внебольничная пневмония тяжелого течения (7 мужчин и 9 женщин, возраст от 18 до 88 лет). Сумамед назначался внутривенно 1 раз в сутки в сочетании с цефтриаксоном в дозе 2000 мг в течение 3х суток, затем внутрь препарат сумамед в дозе 500 мг в течение 6 дней.
Результаты: Критерии достаточности антибактериальной терапии оценивались на 9 – 10-е сутки. У 12 пациентов на фоне данной ступенчатой схемы терапии на 9 – 10-е сутки получены достаточные показания для отмены антибиотиков. Окончательная

эффективность оценивалась перед выпиской (в среднем на 20-й день) и составило 94%. Только у 1 пациентки в возрасте 88 лет с 2-х долевой двухсторонней пневмонией не произошло полного рассасывания инфильтрации, но отмечалось улучшение рентгенологической картины и отсутствовали признаки возобновления курса антибиотикотерапии. Все пациенты отметили «хорошую» переносимость Сумамеда. Заключение: Данная схема лечения может эффективно использоваться в лечении больных с тяжелой внебольничной пневмонией. Сумамед при данной схеме ступенчатой терапии безопасен для применения.

329. СОСТОЯНИЕ СИСТЕМЫ ПЕРЕКИСНОГО ОКИСЛЕНИЯ ЛИПИДОВ И АНТИОКСИДАНТНОЙ ЗАЩИТЫ ПРИ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ В КАРЕЛИИ

Карапетян Т.А., Доршакова Н.В.
Петрозаводский государственный университет

Цель: изучить состояние системы перекисного окисления липидов (ПОЛ) и антиоксидантной защиты (АОЗ) у больных внебольничной пневмонией (ВП) в Карелии
Методы: состояние ПОЛ оценивали по содержанию малонового диальдегида (МДА), уровень которого определяли с использованием тиобарбитуровой кислоты; анализ эффективности антиоксидантных ферментов проводили по содержанию супероксиддисмутазы (СОД), активность которой оценивалась по степени ингибирования восстановления нитросинего тетразолия. Результаты: обследовано 150 больных ВП мужчин без сопутствующей патологии в дебюте заболевания с различным объемом поражения легочной ткани (сегментарное, долевое и билобарное – по 50 человек соответственно). Все обследуемые не принимали средств, содержащих антиоксиданты, витамины, макро- и микроэлементы. Группу контроля составили 160 здоровых доноров – жителей региона. Для больных ВП в Карелии характерны статистически значимые ($p<0,05$) интенсификация процессов ПОЛ и снижение АОЗ организма по сравнению со здоровыми лицами (уровень МДА 13,4+0,1 против 9,9+0,3 мкмоль/мг и активность СОД 0,61+0,2 против 0,9+0,1 ЕА/мл соответственно) и при увеличении объема поражения легочной ткани (при сегментарном, долевом и билобарном воспалении уровень МДА 11,1+0,1, 13,4+0,2 и 15,6+0,1 мкмоль/мг и активность СОД 0,71+0,2, 0,60+0,3 и 0,52+0,2 ЕА/мл соответственно). Заключение: в комплексном лечении ВП в Карелии необходимо применение антиоксидантных препаратов для коррекции выявленного дисбалланса в системе ПОЛ-АОЗ.

330. СТАРТОВАЯ АНТИБАКТЕРИАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ В КАРЕЛИИ

Карапетян Т.А., Доршакова Н.В.
Петрозаводский государственный университет

Цель: изучить характер стартовой антибактериальной терапии (АБТ) внебольничной пневмонии (ВП) в амбулаторных ЛПУ Карелии и его соответствие существующим рекомендациям
Методы: проанализированы 1264 амбулаторные карты пациентов с ВП с 1999 по 2005 гг. Результаты: из стартовых АБП, назначенных для лечения ВП, за период исследования лидировали группы пенициллинов и макролидов (в среднем пролечено 43,1% и 27,8% пациентов соответственно), реже применялись фторхинолоны, цефалоспорины, тетрациклины, бисептол и аминогликозиды (назначены 11,4%, 8,0%, 5,7%, 1,2% и 0,7% всех больных соответственно). С 1999 по 2005 гг. происходил ежегодный рост применения АБП группы пенициллинов, макролидов и фторхинолонов: с 41,4% до 46,0%; с 24,7% до 31,3%; с 8,6% до 13,6% соответственно. Для остальных АБП отмечено

ежегодное уменьшение использования. На первом, втором и третьем месте по частоте применения располагались амоксициллин, эритромицин и ампициллин, назначенные в качестве стартовых 284 (22,5%), 161 (12,7%) и 159 (12,6%) больным ВП соответственно. Редко применялись респираторные фторхинолоны: назначены 8 (0,6%) больным. В динамике с 1999 по 2005 гг. наблюдается улучшение ситуации, когда врачами первичного звена здравоохранения начинают шире применяться рекомендуемые для лечения ВП АБП: в группе пенициллинов – амоксициллин (с 31,9% до 67,9%) и амоксицилл-клавуланат (с 2,8% до 8,6%); макролидов – с улучшенными свойствами (с 18,7% до 83,7%); в группе фторхинолонов – респираторные (от отсутствия назначений до 25,0%); среди цефалоспоринов – цефуроксим аксетил (с 5,6% до 37,5%).
Заключение: спектр назначаемых стартовых АБП для эмпирической терапии ВП в амбулаторных условиях Карелии часто не укладывается в стандарты формулярной системы, но в динамике с 1999 по 2005 гг. ситуация улучшается.

331. СУМАМЕД В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИЕЙ

Кушекбаева А.Е., Беспаева Ф.А., Касымбаева Г.К
Южно-Казахстанская медицинская академия, отделениме пульмонологии областной клинической больницы, г.Шымкент, Республика Казахстан

По отчетам областного пульмонолога за последние 3 года имеется тенденция к увеличению госпитализации от внебольничной пневмонии, со склонностью к затяжному течению, в связи с чем, особенно актуален вопрос о рациональной антибиотикотерапии. Цель: Оценить клиническую эффективность препарата Сумамед у пациентов с внебольничной пневмонией, с тенденцией к затяжному течению. Материал и методы: Включены 38 больных, из них 22 женщин, 16 мужчин, средний возраст 46 и 42 года соответственно. Время от момента постановки диагноза до начала лечения составило 6±2,4 дня. До поступления в стационар 14 больных принимали препараты из группы цефалоспоринов II поколения, 6 больных - полусинтетические пенициллины. 16 больных имели хроническую патологию бронхов, 11 пациентов - хроническую патологию ЛОР-органов. Всем был назначен препарат Сумамед в дозе 500мг, причем в 10 случаях - внутривенно капельно 3 дня с переходом на таблетированную форму, остальным - перорально по 5-дневной схеме. Контроль - клинико-лабораторный, рентгенологический. Результаты: Получен высокий клинический эффект в 27 случаях и хороший - в остальных, сопоставимый с другими препаратами (ровамицин, ципрокс парентеральный), подтвержденный положительными сдвигами данных и лабораторно-рентгенологических. Переносимость во всех случаях удовлетворительная, среди наиболее нежелательных - прокинетический эффект, исчезающий через несколько дней после отмены препарата.Выводы: Назначение Сумамеда для лечения пациентов молодого и среднего возраста, с внебольничной пневмонией, имеющих сопутствующую хроническую патологию со стороны ЛОР-органов и бронхов, является одним из препаратов выбора для получения достаточного высокого клинического эффекта. Причем имеется возможность применения его как парентерально, так и перорально.

Пневмонии у детей

332. СОСТОЯНИЕ ОСМОРЕГУЛИРУЮЩЕЙ ФУНКЦИИ ПОЧЕК ПРИ ПНЕВМОНИИ У ДЕТЕЙ.

Кузнецова А.А.-1, Петрова С.И.-2
Институт эволюционной физиологии и биохимии им. И.М.Сеченова РАН, СПб – 1, СПбГПМА-2

Цель исследования: изучить состояние осморегулирующей функции почек у детей в острый период пневмонии.
Обследовано 18 детей в острый период пневмонии и 24 здоровых ребенка. В сыворотке крови определяли осмоляльность на осмометре МТ-2, концентрацию креатинина на СФ-16, концентрацию ионов натрия и калия на пламенном фотометре Corning-410, концентрацию ионов магния на атомном абсорбциометре Hitachi-508.
Результаты: у больных пневмонией в острый период осмоляльность сыворотки крови (280,4±0,4 мосмоль/кг H2O) была достоверно ниже, чем у здоровых детей (285,6 ±0,4 мосмоль/кг H2O, $p<0,05$). Концентрация ионов натрия, калия, магния в сыворотке крови также была достоверно ниже, чем в группе сравнения ($p<0,05$). Осмоляльность мочи у больных пневмонией была высокой (722±48 мосмоль/кг H2O). Выявлена достоверно большая реабсорбция осмотически свободной воды по сравнению со здоровыми детьми ($p<0,05$), при этом уровень гломерулярной фильтрации достоверно не отличался от показателей контрольной группы (91,6±5,9 мл/мин и 109,5±9,8 мл/мин соответственно).
Заключение: в острый период пневмонии обнаружены существенные отклонения осморегуляции. Выявлено резкое снижение осмоляльности сыворотки крови на фоне высокого уровня осмотического концентрирования мочи. Эти изменения указывают на высокий уровень секреции вазопрессина, как причину снижения осмоляльности сыворотки крови и увеличения реабсорбции воды в почках и объясняют механизм таких симптомов как олигурия и снижение чувства жажды в острый период пневмонии. Полученные результаты свидетельствуют о необходимости разработки методов терапии, направленных на восстановление физико-химических параметров сыворотки крови в острый период пневмонии у детей.

333. ЭТИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ВНЕБОЛЬНИЧНЫХ ПНЕВМОНИЙ С АТЕЛЕКТАЗОМ У ДЕТЕЙ.

Петрова С. И., Никитина М.А., Смольянинова Т.В., Кутузова Е.А.
СПбГПМА

Цель исследования: Выявить частоту встречаемости ателектазов и возможную роль респираторных патогенов в развитии ателектазов при внебольничной пневмонии (ВП) у детей.
Для определения этиологии ВП 104 больным проводились микробиологические и серо-иммунологические исследования. В этой группе ателектаз регистрировался у 14 детей (13,4%). В возрасте от 0 до 3 лет ателектаз диагностирован у 1 ребенка с ВП, с 3 до 7 лет - у 2 детей, у детей 7 – 14 лет ателектаз встречался 11 детей. Ателектаз чаще развивался в правом легком (64,9%) и в средней доле (40,5%). В группе больных ВП, у которых выявлена монопневмококковая инфекция (22 ребенка), ателектаз определялся у двух больных (9,1%). При смешанной этиологии ВП – S.pneumoniae, Cl.pneumoniae (48 детей), ателектаз встречался у 9 больных (18,5%). При атипичных пневмониях, вызванных ассоциацией M.pneumoniae и/или Cl.pneumoniae (25 детей), ателектаз диагностирован у двух детей (8%). В группе с не выявленной этиологией (9 детей) ателектаз был у одного ребенка (11%). Достоверная разница между частотой развития ателектаза при монопневмококковой ВП и ВП вызванной только атипичными возбудителями (9,1% и 8% соответственно) отсутствует. При смешанном варианте ВП (S.pneumoniae и Cl. pneumoniae) ателектаз развивается чаще (18,5%, $p>0,05$).
Заключение. Ателектаз диагностирован у 13,4% больных ВП, чаще встречался при ВП смешанной этиологии (S.pneumoniae, C.pneumoniae). Можно предположить, что поражение легочной паренхимы при пневмококковом инфекционном процессе и воспалительное поражение дыхательных путей при ВП с участием M.pneumoniae и Cl.

pneumoniae создает более благоприятные условия для развития ателектаза в течение пневмонии.

334. ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ МИКОПЛАЗМЕННЫХ ПНЕВМОНИЙ У ДЕТЕЙ

Безлер Ж.А.
БГМУ

Цель исследования:изучение клинико-лабораторных особенностей микоплазменных пневмоний у детей.
Было обследовано 55 детей с внебольничными пневмониями. У 47% детей методом ИФА в сыворотке крови были обнаружены специфические антитела к Micoplasmae pneumoniae. Дети поступали в клинику в октябре-ноябре месяце. Средний возраст детей составил 11±3,9 лет. Начало заболевания было, как правило, острым, сопровождалось подъемом температуры до фебрильных цифр (38,7±0,6) у 85% больных, 15% детей имели субфебрильную температуру. Основной жалобой детей был малопродуктивный, приступообразный кашель, вплоть до рвоты. У 30% детей отмечался насморк, боль в горле, 19% имели тубоотит. Время от начала заболевания до поступления в клинику составило в среднем 7,8±3,6 дней. На амбулаторном этапе 58% детей получили лечение β-лактамными антибиотиками, без эффекта. При физикальном обследовании у 19% больных локально выслушивались единичные мелкопузырчатые хрипы, чаще аускультативная картина характеризовалась обилием влажных мелкопузырчатых хрипов, сухих свистящих, которые длительно сохранялись. Пневмония преимущественно была очаговой (73%), односторонней (76%), поражались нижние доли легких (69%), реже очагово-сливной (19-%), сегментарной (7%). У 19% больных был диагностирован синпневмонический плеврит. При рентгенологическом обследовании лишь у половины детей обнаруживались инфильтративные тени, у остальных больных наблюдалось снижение пневматизации, неоднородные, негомогенные затемнения в легких. Рентгенологические изменения сохранялись до 3-4 недель. В общем анализе крови отсутствовали выраженные воспалительные изменения, только у 27% детей отмечался лейкоцитоз (в среднем 10,9±0,7×109/л), 53% детей имели незначительный палочкоядерный сдвиг, у 50% -СОЭ была ускорена (от 20 до 64 мм/ч).

335. МИКОПЛАЗМЕННАЯ ИНФЕКЦИЯ У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА В ЗАКРЫТЫХ КОЛЛЕКТИВАХ.

Совалкин В.И., Долгих Т.И, Стырт Е.А., Меньщикова И.В.
Омская областная клиническая больница, ОмГМА

Респираторный микоплазмоз - широко распространенное заболевание. Долговременные контакты создают условия для циркуляции возбудителя, распространяющегося воздушно-капельным путем. Цель исследования: эпидемиологическая и клинико – иммунологическая характеристика микоплазменной инфекции в военизированном организованном коллективе. Материалы и методы: обследован 51 учащийся в возрасте от 14 до 17 лет с пневмонией. Биоматериал для исследования: кровь и бронхоальвеолярная жидкость (БАЖ). Материалы и методы: бактериологический - выделение бактериального агента в БАЖ; ПЦР (детекция ДНК M.pneumoniae в БАЖ); ИФА (определение содержания TNFα, IL-8, IL-6 в сыворотке крови). В сыворотке крови определялись антитела класса IgG к M.pneumoniae (тест- системы “Serodia –mico II”, Япония). Результаты и обсуждение: у 49 пациентов (96%) выявлены антитела в титре от 1/40 до 1/80 к M.pneumoniae, параллельно у 10 больных (19,6%) обнаружена ДНК возбудителя. У 10 больных высевались следующие агенты: S.pneumoniae, S.aureus, Candida. В зависимости от выделенного этиологического агента больные были разделены на группы: серопозитивные к M.pneumoniae и с микст – инфекцией. При моноинфекции преимущест-

венно выявлялись низкие (до 5 пг/мл) уровни IL-6 (1,4±1,2пг/мл), средние уровни (до 50 пг/мл) IL-8 (21,4±5,2пг/мл) и TNFα (15,4±1,9пг/мл). При микст – инфекции (M.pneumoniae и бактериальный агент) уровень цитокинов был достоверно выше: TNFα (60,7±1,2пг/мл), IL-8 (136±5,7пг/мл), на фоне повышенного уровня IL-6 (57,8±6,2 пг/мл), что коррелировало с более тяжелым течением пневмонии. Заключение: M.pneumoniae - актуальный возбудитель пневмонии в организованном коллективе. Микст-инфекция вызывает более тяжелое течение пневмонии и характеризуется более активной наработкой цитокинов, чем при моноинфекции

Педиатрическая пульмонология

336. АКТИВНОСТЬ ЭЛАСТАЗЫ И ИНГИБИТОРОВ ПРОТЕОЛИЗА ПРИ НЕИНФЕКЦИОННОЙ ПАТОЛОГИИ ЛЕГКИХ У НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ.

Гунько Ю.В., Ахмина Н.И., Яровая Г.А., Нешкова Е.А.
ГОУ ДПО Российская медицинская академия последипломного образования, Москва

Цель: определить уровень активности лейкоцитарной эластазы (ЛЭ), α1-протеиназного ингибитора (α1-ПИ) и α2-макроглобулина (α2-МГ) в сыворотке крови у детей при транзиторном тахипноэ новорожденных (ТТН) и аспирационном синдроме (АС), а также выявить особенности изменения их активности, вследствие внутриутробного воздействия компонентов табачного дыма.
Материалы исследования: обследовано 45 доношенных новорожденных детей с ТТН и синдромом аспирации околоплодными водами. В I группу вошли 23 ребенка (из них 12 - с АС и 11 детей с ТТН) которые родились от женщин, активно куривших на протяжении беременности, во II группу – 22 новорожденных (11 – с АС и 11 – с ТТН), чьи матери не имели вредных привычек. У всех детей исследовали уровень активности ЛЭ, α1-ПИ и α2-МГ в сыворотке крови - в период клинических проявлений (2-6 сутки) и реконвалесценции (9-14 сутки).
Результаты: у новорожденных детей II группы неинфекционная патология легких протекала на фоне нормальной активности ЛЭ и ингибиторов. У детей, рожденных курящими женщинами, и ТТН и АС сопровождались повышением уровня активности ЛЭ ($p<0,05$) в сыворотке крови. Изменения активности ингибиторов протеолиза при ТТН не выявлено, тогда как при аспирационном синдроме уровень активности α2-МГ превышал нормальный на 45% и 60% на 1-й и 2-й неделях жизни, соответственно ($p<0,05$), а дисперсия показателя α1-ПИ у 40 % детей выходила за пределы интервала контрольных значений.
Заключение: течение неинфекционной патологии легких у детей, рожденных курящими женщинами, сопровождается активацией врожденного иммунитета на фоне умеренной активации процесса протеолиза. Это свидетельствует о том, что уже при рождении данная категория детей оказывается в состоянии предуготовленности развития бронхолегочной патологии.

337. СОСУДИСТЫЕ АНОМАЛИИ БРОНХОЛЕГОЧНОЙ СИСТЕМЫ У ДЕТЕЙ

Сорока Н.Д., Гомозова С.П.,Ильина И. В., Кречмар Е.А.
ДГПЦ при ДГБ № 19 им.К.А. Раухфуса г. Санкт-Петербург

Сосудистые аномалии легких (САЛ) являются сложно диагностируемой патологией, требующей специальных методов диагностики и лечения
Цель нашей работы: Определение клинико-инструментальных особенностей САЛ для оптимизации диагностики и терапии.
Проанализированы истории болезни 66 детей с пороками развития легких, которые

обследовались и лечились в СПб ДГПЦ в период 2004-2007гг.
Наши наблюдения позволяют сделать следующие выводы :
- САЛ составляют 17% детей, имеющих врожденную бронхолегочную патологию (мальформация сосудов легких ,артерио-венозные фистулы) и большие формы САЛ (агенезия, аплазия, гипоплазия легочной артерии и её ветвей, внутрилегочная секвестрация и пр)
-Малые формы 2% клинически не манифестны, диагностируются случайно при лучевом обследовании, а наиболее информативным методом является ангипульмонография сосудов легких
-Для больших форм САЛ клинически характерны проявления хронической гипоксии и дыхательной недостаточности, кровохарканье и легочные кровотечения (1%),осложнение в виде формирования ХНЗЛ с обострением 1-2 раз в год,
рентгенологически -уменьшения объема дефектного легкого ,смещение органов средостенья в больную сторону ,
деформация легочного рисунка в зоне интереса, наличие аномально расположенного сосуда (1%.) При присоединении воспалительного процесса
инфильтрация с плевральной реакцией ,спаечный процесс. Наиболее информативными методами больших САЛ являются КТ, ангиография сосудов аорты
-Основным методом лечения малых форм САЛ является микроэмболизация аномальных сосудов легких ,методы лечения больших форм САЛ –хирургические.

338. КОМПЬЮТЕРНАЯ ТОМОГРАФИЯ В ДИАГНОСТИКЕ ЛОКАЛЬНЫХ ФОРМ ТУБЕРКУЛЕЗА У ДЕТЕЙ

Галилей М.В., Амосова Е.А., Крюкова А.М., Бородулина Е.А., Бородулин Б.Е.
ГОУВПО «Самарский Государственный медицинский университет Росздрава»

В современных эпидемиологических условиях роста заболеваемости туберкулезом среди детского населения, возрастает роль диагностики локальных форм туберкулеза на ранней стадии их развития. Существующие рутинные методы рентгенологического обследования детей с виражом туберкулиновых проб не позволяют обнаружить начальные изменения локального туберкулеза. Цель: оценить значение компьютерной томографии (КТ) в диагностике малых локальных форм туберкулеза у детей.Материалы и методы: 21 ребенку с «виражом» туберкулиновых проб Манту 2ТЕ с интоксикационным синдромом, проходящих обследование на туберкулез при обзорной рентгенограмме изменений выявлено не было. У 6 детей установлен контакт с больным туберкулезом, 13 детей относились к группе риска (часто болеющие). По полу распределились: мальчиков 42,9% (9), девочек 57,1% (12). По возрасту преобладали дети от 3 до 7 лет: 52,4% (11), 7-12 лет: 28,6% (6), 13-17 лет: 19% (4). У 57,1% (12) детей при обследовании КТ выявлены изменения. Из них у 58,3% (7) определялись 6 – 8 лимфатических узлов малых размеров в области корней лёгких, бифуркации трахеи и в области аортальной связки и других зон средостения. При оценке всех клинических и инструментальных данных обследования в пяти случаях поставлен диагноз: туберкулез внутригрудных лимфатических узлов (малая форма). В 2 случаях выявлены кальцинаты и установлен «пропущенный вираж» по анализу карты пациентов. В трёх случаях увеличения лимфатических узлов туберкулезная этиология, при углублённом исследовании, не доказана. Заключение: КТ доказала наличие малых локальных форм туберкулёза в 75% случаев. КТ может быть использована, как метод диагностики, при обследовании детей на наличие локального туберкулеза с впервые положительными результатами пробы Манту 2ТЕ.

339. СОСТОЯНИЕ РЕАКТИВНОСТИ БРОНХОВ ПРИ ХРОНИЧЕСКИХ БОЛЕЗНЯХ ЛЕГКИХ У ДЕТЕЙ

Фесенко И. Д., Ширяева И.С., Реутова В.С.

Научный центр здоровья детей РАМН, Москва

Цель: оценить реактивность бронхов (РБ) при хронических воспалительных бронхолегочных заболеваниях (ХВБЗ) и при ХВБЗ в сочетании с бронхиальной астмой (БА) у детей. Обследовано 89 детей в возрасте 6-17 лет, с ХВБЗ (1 группа) – 46 детей (локальный пневмосклероз, врожденные пороки развития бронхов и легких); 14 детей (2 группа) с сочетанием ХВБЗ и БА легкого течения. Функция внешнего дыхания (ФВД) и степень бронхиальной обструкции определялись методом компьютерной пневмотахометрии. Определялся уровень общего иммуноглобулина Е, проводилась постановка кожных скарификационных проб. РБ изучалась методом дозированных ингаляций 0,1% раствора дигидрохлорида гистамина в повышающихся дозировках до достижения значимого снижения показателя ОФВ1 (ПД20). Результаты: В 1 группе обострение ХВБЗ отмечалось у 34 больных, во 2 группе – у 7 детей. Все больные 2 группы имели ремиссию легкого течения БА. Исходно нормальные показатели ФВД в 1 группе были у 19 детей, умеренные нарушения бронхиальной проходимости (БП) выявлены у 27 больных. Во 2-ой группе преобладали нормальные функциональные параметры (64%). При ХВБЗ положительный тест с гистамином был выявлен у 28% больных, из которых 85% не имело отягощенного аллергоанамнеза, во второй группе – в 43% случаях. ПД20 у детей с ХВБЗ была достоверно ниже, чем у больных с сочетанной патологией: ПД20(1) – 799,8±58 мкг, ПД20(2) – 397,4±89 мкг($p<0,002$). Корреляционный анализ выявил достоверную связь пороговой дозы гистамина с нарушением БП ($r=-0,35$, $p<0,01$), остротой хронического бронхолегочного заболевания ($r=-0,5$, $p<0,001$). Выводы: У части детей с ХВБЗ в формировании РБ играет роль бактериальное воспаление, обусловливая возникновение бронхоспазма. В связи с этим необходимо проведение адекватной противовоспалительной и бронхолитической терапии.

340. АНАЛИЗ ПОЛИМОРФИЗМА ГЕНОВ БЕЛКОВ СУРФАКТАНТА B И D У НОВОРОЖДЕННЫХ С ДЫХАТЕЛЬНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Данилко К.В.-1,2, Богданова Р.З.-2, Фатыхова А.И.-2, Викторова Т.В.-1,2.
Институт биохимии и генетики УНЦ РАН, г. Уфа-1, Башкирский государственный медицинский университет, г. Уфа-2

Цель: оценить роль полиморфных вариантов генов белков сурфактанта B и D в развитии наследственной предрасположенности к дыхательным расстройствам у новорожденных. Материалы и методы. Для анализа использованы образцы ДНК 108 новорожденных с дыхательными расстройствами (ДР) (71–с РДС, 37–с врожденной пневмонией (ВП)) и 104 здоровых детей, полученные из лимфоцитов венозной или пуповинной крови. Методом ПЦР, ПДРФ и SSCP-анализа исследован полиморфизм генов SFTPB (-18A>C, 1580C>T, VNTR интрона 4), SFTPD (32C>T, 478A>G). В работе применялся критерий χ^2, либо точный критерий Фишера.Результаты. Показано, что генотип Inv/Del VNTR полиморфизма гена SFTPB достоверно реже встречался у больных с ДР (0.93%) ($p=0.01$) и особенно в группе с РДС (0%) ($p=0.009$) по сравнению с контролем (8.65%). В группе РДС существенно снижена частота гаплотипа -18A/1580T (26.47% против 39.42% в контроле) ($p=0.02$) и отмечена тенденция повышения частоты гаплотипа 1580C/VNTR:Inv (48.59% и 37.98%) ($p=0.06$).Доля гаплотипа 32T/478G гена SFTPD достоверно увеличена в группе с ДР (29.61% против 19.23% в контроле) ($p=0.02$), но различия сохранили значимость лишь для новорожденных с ВП (32.86%) ($p=0.03$).Гаплотип 32T/478G гена SFTPD может служить маркером предрасположенности к развитию ДР (OR=1.8, CI 1.1-2.9), особенно связанных с ВП (OR=2.1, CI 1.1-3.9). Возможно, гаплотип 1580C/VNTR:Inv гена SFTPB ассоциирован с повышенным риском развития РДС новорожденных (OR=1.5 CI 1.0-2.4). Генотип Inv/Del гена SFTPB является маркером устойчивости к развитию ДР в целом (OR=0.07, CI 0.004-0.5) и РДС, в частности (OR=0.1, CI 0.01-0.8), также как гаплотип -

18A/1580T (OR=0.6, CI 0.3-0.9). Заключение. Полиморфизм генов белков сурфактанта B и D играет роль в формировании дыхательных расстройств у новорожденных.

341. СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ЛЕГКИХ И СЕРДЦА У ДЕТЕЙ С ИВЛ В НЕОНАТАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ В КАТАМНЕЗЕ

Давыдова ИВ, Лукина ОФ, Иванов АП, Горинова ЮВ
ГУ НЦЗД РАМН, Москва

Цель: Сравнить динамику функциональных показателей в катамнезе у детей с ИВЛ в неонатальном периоде в зависимости от характера бронхолегочной патологии.
Методы: флоуметрия, эхокардиография.
Материалы: 58 детей (42 мальчика и 16 девочек) 6 мес - 17 лет, находились на ИВЛ с рождения в среднем 16±6 дней. Катамнез составил 6 мес-9 лет. Показатели регистрировались 2-4 раза в год в момент обострения заболевания. I группа (48 детей): с БЛД (10) и ее исходами (рецидивирующий обструктивный бронхит (24); бронхиальная астма(6); хронический бронхит (6); хронический облитерирующий бронхиолит (2). II группа (10 детей) с врожденными пороками легких и бронхов. Флоуметрия проводилась детям старше 5 лет. При наличии вентиляционных нарушений проводилась терапия пульмикортом через небулайзер.
Результаты: В I группе больных при ЭХО-КГ отмечено незначительное повышение давления в легочной артерии - в среднем P/R 0,32 (n=42) без существенного нарастания в катамнезе. Незначительная гипертрофия миокарда правого желудочка (ПЖ) регистрировалась у 10% больных. Во II группе (n=10) среднее P/R составило 0,40 с нарастанием на 15-20% в катамнезе. Гипертрофия миокарда ПЖ отмечена у 7 из 10 больных II группы. Показатели флоуметрии у детей с исходами БЛД в ремиссии соответствовали норме, при обострении снижение МОС 25-75 на 15-20% отмечено у больных с бронхиальной астмой. Во II группе стойкие выраженные нарушения вентиляции по обструктивному типу отмечались у больных с распространенными изменениями при обострении. Корреляций между функциональными изменениями и сроками ИВЛ не выявлено.
Заключение: Врожденная патология бронхов и легких, потребовавшая ИВЛ с момента рождения, является фактором, определяющим прогрессирование кардио-респираторных функциональных изменений у данной категории больных.

342. ОСОБЕННОСТИ МИКРОБНОГО СПЕКТРА МОКРОТЫ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С ПЕРВИЧНОЙ ЦИЛИАРНОЙ ДИСКИНЕЗИЕЙ

Селимзянова Л. Р., Середа Е.В., Катосова Л.К., Лукина О.Ф.
ГУ НЦЗД РАМН, Москва

Цель: Изучить микробный спектр мокроты у детей и подростков с первичной цилиарной дискинезией (ПЦД) в катамнезе.
Методы исследования: Обследовано 24 ребенка с ПЦД в возрасте от 1 до 18 лет в течение 4-16 лет. Из них: у 17% диагностирован синдром Картагенера (декстракардия, хронический бронхит, хронический синусит). Исследовался микробный спектр мокроты или трахеального аспирата (посев) при обострении хронического бронхолегочного процесса.
Результаты: На протяжении периода наблюдения микробный спектр мокроты больных ПЦД был представлен тремя основными возбудителями: Haemophilus influenzae (Hi)-57%, Streptococcus pneumoniae (Sp)-34% и Moraxella catarrhalis (Mc)-7%, остальные микроорганизмы высевались значительно реже: Bacillus subtilis -1,3%, Klebsiella pneumoniae-0,7%. У больных ПЦД возбудители нередко встречались в ассоциациях (41%). Наиболее часто определялась ассоциация Hi с Sp (75%), реже - Hi с Mc и Sp с Mc (25%).

Заключение: Этиологическим фактором обострения хронического воспалительного бронхолегочного процесса у больных с ПЦД на протяжении детского и подросткового возраста являются Haemophilus influenzae, Streptococcus pneumoniae и Moraxella catarrhalis. Нередко эти возбудители высеваются в ассоциациях.

343. ИММУНО-БИОХИМИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ У НОВОРОЖДЕННЫХ, ФОРМИРУЮЩИХ ГРУППУ ЧАСТО БОЛЕЮЩИХ ДЕТЕЙ, ОТ МАТЕРЕЙ С ГЕРПЕВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ И ФЕТОПЛАЦЕНТАРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ В ПЕРИОД БЕРЕМЕННОСТИ

Гориков И. Н., Сорокина Т.С., Горикова И.А.
ГУ ДНЦ физиологии и патологии дыхания СО РАМН, Благовещенск

Цель: Оценить иммуно-биохимические показатели при рождении у новорожденных, которые вошли в группу часто болеющих в течение 1 года детей от матерей с обострением хронической герпесвирусной инфекции (ХГВИ) и фетоплацентарной недостаточностью (ХФПН) в период беременности. Методы: Исследовалось количество эритроцитов, гемоглобина, цветовой показатель, величина гематокрита, лейкоцитарная формула, содержание общего белка, кальция и билирубина, а также концентрация иммуноглобулинов А, М и G у 46 младенцев, перенесших в течение 1 года жизни более 4 раз ОРВИ. Их внутриутробное развитие осложнялось обострением ХГВИ и ХФПН у матерей во время беременности. Группа сравнения была представлена 30 младенцами, от матерей без симптомов обострения ХГВИ и ХФПН. Все дети в данной группе в течение 1 года однократно перенесли ОРВИ. Результаты: Установлено, что у детей основной группы при рождении наблюдался более низкий уровень общего гемоглобина (189±5,09 г/л, $p<0,05$), тромбоцитов и общего белка (51,5±1,04 г/л, $p<0,05$) . На этом фоне возрастало число новорожденных с лейкоцитозом, с увеличением процентного содержания сегментоядерных нейтрофилов и моноцитов в периферической крови. Отмечался рост общего и непрямого билирубина, иммуноглобулина М на фоне падения концентрации иммуноглобулинов класса G. Заключение: Изменение вышеуказанных иммуно-биохимических показателей при рождении указывает на признаки перенесенной внутриутробной инфекции и позволяет выделить этих новорожденных в группу пациентов с повышенным риском ОРВИ в течение 1 года жизни.

344. СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ АНТИБИОТИКОЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ ОСНОВНЫХ ВОЗБУДИТЕЛЕЙ БРОНХОЛЕГОЧНОГО ВОСПАЛЕНИЯ У ДЕТЕЙ.

Лазарева А.В., Катосова Л.К., Симонова О.И., Пономаренко О.А., Новак В.Л.
Лаборатория микробиологии, отделение пульмонологии. Научный центр здоровья детей РАМН, Москва, Россия.

Цель: разработать методы адекватной антибиотикотерапии воспалительного процесса бронхолегочной локализации при наследственных и врожденных заболеваниях органов дыхания (синдром Картагенера, врожденные пороки развития легких и бронхов) у детей. Методы: за период с 2005 по 2006 годы бактериологически исследовано 782 пробы мокроты и трахеального аспирата, полученных от 352 больных детей с хроническими заболеваниями органов дыхания. Посев биоматериала осуществляли полуколичественным методом. Идентификацию микрофлоры проводили классическими микробиологическими методами и в баканализаторе VITEK. Чувствительность к антибиотикам определяли методом дисков на среде Мюллера-Хинтон и баканализатором VITEK.
Результаты: среди выделенных патогенов лидирующее положение в этиологии хронического бронхолегочного процесса занимает Haemophilus influenzae(64,5%), Streptococcus pneumoniae (30,5%), Moraxella catarrhalis(5,0%).Выделенная микрофлора в

22,7% случаях находилась в ассоциациях, состоящих из 2-3 видов микроорганизмов. Этиологические агенты бронхолегочного воспаления сохраняли высокий уровень чувствительности к антибиотикам: штаммы H.influenzae в 95,8% случаев были чувствительны к ампициллину, чувствительность штаммов S. pneumoniae к пенициллину составляла 91,8%, к макролидам было чувствительно 92,6 - 100,0% штаммов пневмококка, штаммы M. catarrhalis в 100% случаев были чувствительны к амоксициллину/клавуланату и цефалоспоринам 2 – 3 поколений.
Заключение: основными этиологическими агентами наследственных и врожденных заболеваний органов дыхания у детей по-прежнему остаются H. influenzae, S.pneumoniae, M.catarrhalis. Данные антибиотикочувствительности микрофлоры позволяют рекомендовать для терапии бета-лактамные антибиотики, в том числе амоксициллин и амоксициллин/клавуланат.

345. ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ ДЕРМАТОРЕСПИРАТОРНОГО СИНДРОМА У ДЕТЕЙ

Ишмухаметова З.А., Дворникова Е.Г., Погребнова Е.И., Сафронова О.В., Мухамедзянова И.Г.
Оренбургская областная клиническая больница №2, Областной детский центр аллергологии и клинической иммунологии

Сочетанные проявления атопического дерматита (АД) и бронхиальной астмы (БА) у одного и того же больного ребенка, обозначают как дерматореспираторный синдром (ДРС). Актуальность вопроса важна в связи с ростом заболеваемости ДРС, что обусловливает тяжелое течение болезни и неблагоприятно сказывается на качестве жизни больного и его семьи.
Целью работы являлось выявление факторов риска развития ДРС.
Материалы и методы. Проведен анализ 616 историй болезни детей с АД в возрасте 0 –15 лет, находящихся на лечении в 2004 –2006 гг.
Результаты. 42,9%-46,8% детей рождены от 1 беременности. Матери имели соматическую патологию. Беременность протекала у 25,9% - 30,8% женщин с угрозой прерывания и у 23,9% - 29,3% - на фоне позднего гестоза. 8,1% – 11,4% женщин родоразрешены оперативно, 1,2%- 3,3% - преждевременно. Антибактериальную терапию получали 2,8% - 10,8% женщин.
Отягощенный аллергологический анамнез выявлен у большинства детей, чаще по материнской линии. 56,5% детей находились на раннем искусственном вскармливании. 60% детей имели дисбактериоз кишечника, до 44,0% - дискинезию желчевыводящих путей, до 74,1% - панкреатопатию, треть детей – гепатомегалию, лямблиоз - каждый пятый ребенок. У детей выявлены анемия, рахит, хронические расстройства питания, иммунодефицитные состояния, частые вирусные инфекции, в анамнезе пневмонии. Патология нервной системы наблюдалась у 5,4% - 17,8% детей.
«Атопический марш» является естественным ходом развития атопической болезни, у 25,6% (2004 г), 16,8% (2005г) и 24,4% (2006 г) детей с АД развилась БА.
Заключение. На возникновение ДРС у детей существенное влияние оказывают наследственная предрасположенность к аллергозаболеваниям, патологическое течение беременности и родов, перинатальные поражения ЦНС, раннее искусственное вскармливание, заболевания органов пищеварения, вирусные инфекции и перенесенные пневмонии. У детей с ДРС быстро формируется поливалентная сенсибилизация, что и обусловливает его непрерывно рецидивирующее течение.

Профессиональные заболевания

346. ИНТЕГРАЛЬНЫЕ ГЕМАТОЛОГИЧЕСКИЕ ИНДЕКСЫ У БОЛЬНЫХ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫМ ТОКСИКО-ПЫЛЕВЫМ БРОНХИТОМ В ПРОИЗВОДСТВЕ ПЕРВИЧНОГО АЛЮМИНИЯ

Кашанская Е. П.
ФГУН “Екатеринбургский медицинский научный центр профилактики и охраны здоровья рабочих промпредприятий” Роспотребнадзора

Цель: С целью оценки адаптационно-компенсаторных иммунологических процессов у пациентов с профессиональным токсико-пылевым бронхитом в производстве первичного алюминия проведена сравнительная оценка интегральных гематологических показателей.
Методы исследования: Проанализирован количественный и популяционный состав лейкоцитов периферической крови у группы контроля (здоровые, n=24), группы риска по развитию ТПБ в производстве электролиза (n=38) и глинозема (n=19), рабочих электролиза - пациентов с ТПБ (n=47).
Результаты: Анализ интегральных гематологических индексов выявил статистически значимые различия между группами больных ТПБ производства электролиза БАЗа и УАЗа по показателю индекса соотношения нейтрофилов и моноцитов (ИСНМ) (p=0,05); причем ИСНМ повышен в обеих группах, что говорит о напряженности компенсаторных процессов, обеспечивающих детоксикацию. Изменения других индексов имели разнонаправленный характер, статистически значимые различия в сравнении с показателями группы контроля отсутствовали. Индекс соотношения лимфоцитов и эозинофилов в группе риска в производстве электролиза выше, чем в производстве глинозема (p=0,05), что говорит о преобладании гиперчувствительности немедленного типа у пациентов из производства глинозема. Между индексом аллергизации, ОФВ1 (% от должного) и пылевой нагрузкой по общей массе пыли, а так же ОФВ1 и общим индексом в группе риска в производстве глинозема выявлена слабая корреляция (R=0,32 - 0,37).
Заключение: Анализ гематологических показателей позволяет косвенно оценить срыв иммунного гомеостаза, диагностировать аллергический процесс, определить переход адаптационно-компенсаторных иммунологических процессов в повреждающие.

347. РЕЗУЛЬТАТЫ ИЗУЧЕНИЯ КЛИНИЧЕСКОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ ТИОТРОПИЯ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ПЫЛЕВЫМ БРОНХИТОМ

Мокина Н.А.-1, Агеева В.А.-2
Самарский государственный медицинский университет-1, Самарская областная клиническая больница №2-2

Цель: Изучение клинической эффективности тиотропия (спирива) у больных хроническим пылевым бронхитом (ХПБ). Материал и методы исследования: 8 пациентов с диагнозом ХПБ (5 женщин и 4 мужчин) получали тиотропий в дозе 18 мкг/сут. Исходно и на 8 день терапии проводились: спирометрия, бронхофонография (российская программа «Паттерн»). Утренние ОФВ1, ПСВ, симптомы (0–отсутствие и 3–максимальный уровень) оценивались по дневникам пациентов на 1, 4 и 8 день терапии. Результаты: По данным спирометрии на 8 день терапии наблюдалась положительная динамика: ОФВ1+9%, ПСВ+15%, ФЖЕЛ+6%. На бронхофонографии у 100% больных исходно выявлялись среднетяжелые нарушения акустического паттерна дыхания (АПД). На 8 день терапии отмечалось сокращение амплитуды и насыщенности акустических волн на уровне выше и ниже 5 кГЦ у 75% пациентов. По дневникам пациентов ОФВ1 составлял: в 1 день 2,2 л, на 4 день 2,4 л, на 8 день 2,64 л (общий прирост+0,44 л). Утренняя ПСВ: 1 день 265мл, 4 день 276 мл, 290 мл (общий прирост+25 мл). Возможность выполнять повседневные дела возросла на 0,2 балла; одышка снизилась на 0,4 балла, ночные пробуждения из-за проблем с дыханием – на 0,2 балла, количество отделяемой мокроты – на 0,4 балла. Не претерпели

динамики кашель и затрудненное дыхание по утрам. Заключение: У наблюдаемых пациентов с ХПБ, на фоне терапии тиотропием, при оставшихся проявлениях кашля и затрудненного дыхания по утрам, уменьшилась интенсивность одышки, количество отделяемой мокроты и частота ночных пробуждений из-за проблем с дыханием, повысилась возможность выполнять повседневные дела, улучшились показатели спирометрии и БФГ.

348. РЕЗУЛЬТАТЫ ИЗУЧЕНИЯ КЛИНИЧЕСКОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ СИМБИКОРТА У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ПЫЛЕВЫМ БРОНХИТОМ

Мокина Н.А.-1, Агеева В.А.-2, Васюкова Г.Ф.-3, Устинова Т.В.-3, Коренченко Н.В.-3
Самарский государственный медицинский университет-1, Самарская областная клиническая больница №2-2, Самарский областной центр профпатологии-3

Цель: Изучение клинической эффективности будесонида/формотерола (Симбикорта) у больных хроническим пылевым бронхитом (ХПБ). Материал и методы исследования: 16 пациентам с ХПБ (8 женщинам и 8 мужчинам) был назначен Симбикорт, утром и вечером, в суточной дозе 320/9 мкг. Исходно, и на 8 день терапии, проводилась спирометрия, бронхофонография (российская программа «Паттерн»). По дневникам пациентов оценивались утренние ОФВ1, ПСВ и симптомы (0–отсутствие и 3–максимальный уровень) на 1, 4 и 8 день лечения. Результаты: Исходные показатели спирометрии соответствовали II ст. тяжести ХОБЛ по GOLD 2006: ОФВ1=71%, ПСВ=68%, ФЖЕЛ=62%. Прирост показателей на 8 день терапии составил: ОФВ1+4%, ПСВ+2%, ФЖЕЛ+3%. На бронхофонографии у 50% пациентов больных исходно выявлялись среднетяжелые нарушения акустического паттерна дыхания (АПД), у 50% - тяжелые нарушения АПД. На 8 день терапии легкие нарушения АПД отмечались у 17%, среднетяжелые – у 50% тяжелые - у 33% пациентов. Общий прирост утреннего ОФВ1 составил 0,05 л, а ПСВ - 41 мл. Возможность выполнять повседневные дела улучшилась на 0,6 баллов, одышка уменьшилась на 1 балл, ночные пробуждения из-за проблем с дыханием-на 0,4 балла, кашель-на 0,7 баллов, продукция мокроты-на 0,4 балла, затрудненное дыхание утром-на 0,4 балла. Заключение: У наблюдаемых пациентов с ХПБ положительную динамику на фоне терапии симбикортом претерпели все клинические симптомы (возможность выполнять повседневные дела, одышка, ночные пробуждения из-за проблем с дыханием, кашель, продукция мокроты, затрудненное дыхание утром). Из функциональных показателей наиболее заметная положительная динамика отмечалась для утренней ПСВ.

349. ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЙ ТУБЕРКУЛЕЗ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ У МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ

Гарипова Р. В., Берхеева З.М.
Казанский государственный медицинский университет

Целью настоящего исследования стало изучение ситуации по заболеваемости профессиональным туберкулезом органов дыхания медицинских работников в Республике Татарстан. Материалы и методы. У 59 медработников (8,5% мужчин и 91,5% женщин) в возрасте 20 - 60 лет изучена структура нозологических форм профессионального туберкулеза. Результаты: в структуре профессиональных заболеваний у медработников туберкулез органов дыхания прочно занимает 1 место, составляя 63,1 %. Туберкулез органов дыхания чаще диагностировался у среднего медицинского персонала (58,6 %). По степени риска заражения на первом месте персонал фтизиатрической службы (79,3 %), затем сотрудники терапевтических отделений центральных районных больниц (7,5 %), управления исполнения наказаний (5,7 %), судебно-медицинской экспертизы (3,8 %) и психиатрической службы (3,8 %). Профессиональный стаж работы при первичной

постановке диагноза составил 0,5 - 30 лет. У 66,0 % пациентов профессиональный туберкулез органов дыхания установлен в первые 5 лет работы, в том числе у 20,0 % в первый год. Наиболее высокая заболеваемость в возрастной группе до 35 лет (52,8 %). Структура форм туберкулеза следующая: инфильтративный туберкулез 54,7 %, очаговый 28,3 %, другие формы (диссеминированный, туберкулема, экссудативный плеврит, туберкулез бронхов) 17 % . Медицинские работники представляют группу повышенного риска профессионального туберкулеза органов дыхания, что следует учитывать при разработке специальных мер профилактики, особенно для лиц со стажем работы до 5 лет.

350. КОМПЛЕКСНАЯ ОЦЕНКА ВЕНТИЛЯЦИОННО – ПЕРФУЗИОННЫХ НАРУШЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМ ПЫЛЕВЫМ БРОНХИТОМ.

Мокина Н. А.-1, Капишников П.А.-2
Самарский государственный медицинский университет-1, Самарское ММУ МСЧ №5-2

Цель: Дать комплексную оценку вентиляционно–перфузионных нарушений у пациентов с хроническим пылевым бронхитом (ХПБ). Материалы и методы исследования:10 пациентам с диагнозом ХПБ (6 мужчинам и 4 женщинам) были проведены: риноманометрия (РМ), спирометрия (С), бронхофонография (БФГ), бодиплетизмография (БПГ), многопроекционная перфузионная сцинтиграфия легких (МПСЛ). Результаты: Показатели С соответствовали среднетяжелой ХОБЛ по GOLD (2006): ОФВ1–75%, ФЖЕЛ–74%, ПСВ–64%. РМ: назальный поток справа 336 мл/с, слева-422 мл/с, сопротивление назального потока справа 0,88, слева-0,53. Показатели БПГ: RAW 235%, SRAW 119%, GAW 60%, SGAW 113%, ITGV 81%, RV 166%, TLC 51%. На БФГ у 30% пациентов выявлен акустический паттерн дыхания (АПД), соответствующий среднетяжелой бронхиальной обструкции (звуковые колебания средней амплитуды фиксировались в высокочастотной области (выше 5 кГЦ), у 70% пациентов выявлен АПД, соответствующий тяжелой бронхиальной обструкции (звуковые колебания высокой амплитуды регистрировались в постоянном режиме в разных диапазонах частот (выше 5 кГЦ, на уровне 5 кГЦ и ниже 5 кГЦ). На МПСЛ у 60% пациентов выявлены множественные резкие диффузно-очаговые дефекты перфузии двух и более сегментов обоих легких. У 20% больных определялись умеренные билатеральные диффузно-очаговые нарушения перфузии. У оставшихся 20% больных выявлены умеренно-диффузные билатеральные нарушения перфузии. Заключение: Вентиляционно - перфузионные нарушения характеризовались асимметрией назального потока с ухудшением его прохождения и повышением сопротивления справа по РМ, наряду с наличием обструктивно-рестриктивных нарушений и признаков эмфиземы легких по БПГ, преобладанием выраженных обструктивных нарушений по БФГ и билатеральных диффузно-очаговых нарушений легочной перфузии по МПСЛ.

351. БРОНХОЛЕГОЧНАЯ ПАТОЛОГИЯ У РАБОТНИКОВ В УСЛОВИЯХ ВОЗДЕЙСТВИЯ ХРИЗОТИЛОВОГО АСБЕСТА

Плюхин А. Е.
ГУ НИИ медицины труда РАМН, г.Москва

С целью осуществления планомерных мероприятий по профилактике, реабилитации и выявлению начальных признаков профессиональных, производственно обусловленных и обще соматических заболеваний органов дыхания, формирования групп риска или угрожаемых контингентов по развитию ряда патологических состояний было проведено медицинское обследование 1345 работников предприятий по добыче и использованию хризотилового асбеста. Стаж работы обследованных в условиях воздействия хризотила составил более 10 лет. Проведенное клинико-рентгено-функциональное обследование рабочих с учетом санитарно-гигиенических условий труда выявило

высокий процент заболеваний органов дыхания (91,2%). Среди всей выявленной патологии бронхолегочной системы удельный вес профессиональных заболеваний легких от воздействия хризотилового асбеста (профессиональный бронхит, хризотиловый асбестоз, бронхиальная астма и рак легких) был значительно ниже, чем заболевания органов дыхания общего характера (ХОБЛ, бронхоэктатическая болезнь, постпневмонический пневмосклероз, пневмоцирроз и др.) и составил соответственно 35,7% и 64,3% случаев. Таким образом, полученные данные выявили повышенную частоту заболеваний органов дыхания общесоматического характера, которая преобладала над профессиональной бронхолегочной патологией. В этой связи критерии формирования групп риска развития не только профессиональной, но и обще соматической патологии органов дыхания должны базироваться не только на комплексной оценке клинико-гигиенических факторов риска, но и с учетом социально-бытовых факторов.

352. РЕНТГЕНОДИАГНОСТИКА СОВРЕМЕННЫХ ФОРМ ПНЕВМОКОНИОЗОВ

Бурмистрова Т. Б.
ГУ НИИ медицины труда РАМН, г.Москва

Изучение рентгеноморфологических признаков диагностики пневмокониозов, представленных в «Классификации пневмокониозов» 1996 г. и в соответствии с Международными критериями диагностики пневмокониозов 2000 г., в зависимости от эффекта действия промышленных аэрозолей. Проведено комплексное клинико-рентгенологическое обследование 1316 человек с различными формами пневмокониозов и диффузных диссеминированных легочных процессов (ДДЛП) профессиональной этиологии (альвеолитов, гиперчувствительных пневмонитов). Анализ полученных данных свидетельствует, что в условиях современных производств наряду с увеличением числа классических форм пневмокониозов, развившихся от воздействия промышленной пыли, содержащей преимущественно свободную двуокись кремния, достаточно часто выявляются случаи наиболее агрессивных форм силикоза, склонных к спонтанному прогрессированию в постконтактном периоде и осложняющиеся туберкулезным процессом. При воздействии промышленных аэрозолей сложного состава (токсико-пылевого, токсико-аллергенного действия, аэрозоли, содержащие оксид алюминия, фтористые соединения и цветные металлы) наблюдается формирование ДДЛП. Рентгенологические изменения в легких могут быть представлены выраженным диффузным гранулематозным, интерстициально-гранулематозным процессом, очаговопятнистой диссеминацией, массивным фиброзом легких и «сотовым» легким с лимфоаденопатией, выраженной плевральной реакцией быстро прогрессирующего течения. В этой связи разработана комплексная дифференциальная оценка рентгенодиагностических критериев ДДЛП профессиональной этиологии и пневмокониозов.

353. ПНЕВМОКОНИОЗ У ЭЛЕКТРОСВАРЩИКОВ В СОВРМЕННЫХ УСЛОВИЯХ

Комарова Т. А.
ГУ НИИ медицины труда РАМН, г.Москва

Целью настоящего исследования стало изучение современных форм пневмокониоза от воздействия сварочного аэрозоля. Рентгенологическая картина пневмокониоза электросварщика в прошлые годы характеризовалась преобладанием узелковых элементов однотипных по форме, величине и интенсивности, не склонных к слиянию и прогрессированию. Динамика этих изменений свидетельствовала об обратном развитии узелкового процесса в постконтактном периоде за счет выведения рентгеноконтрастной пыли. Нами были проведены клинико-рентгенологические обследования 120 работников,

подвергающихся воздействию сварочного аэрозоля в последние 10 лет. Всем пациентам проводился комплекс клинико-рентгенологических исследований - рентгенография, увеличенные снимки, томография, по показаниям – компьютерная томография. Средний стаж работы во вредных условиях труда составил 18±2 года, а средний возраст - 60±5,6 лет. В результате обследования было выявлено 68 человек с пневмокониозом, 28 из которых имели классическую форму пневмокониоза электросварщика с обратным развитием узелкового процесса (типа 2/2 p/p, 2/2 p/q) после прекращения контакта со сварочным аэрозолем, а у 40 человек был выявлен диффузные диссеминированные легочные процессы по типу экзогенных альвеолитов и гиперчувствительных пневмонитов. Изменения в легких характеризовались выраженным полиморфизмом рентгенологических изменений в легких от мелкогранулематозного характера (типа 3/3 p/p) до формирования выраженного фиброза с исходом в "сотовое легкое", а также наблюдалось развитие пневмониеподобных фокусов и выраженной плевральной реакции. Таким образом, в настоящее время наряду с классическими формами пневмокониозов достаточно часто регистрируются диффузные диссеминированные легочные процессы по типу гиперчувствительных пневмонитов и альвеолитов.

354. ОСОБЕННОСТИ ГЕНЕТИЧЕСКОГО ПОЛИМОРФИЗМА ГЕНОВ ДЕТОКСИКАЦИИ КСЕНОБИОТИКОВ У РАБОЧИХ ИНДУСТРИАЛЬНОГО ЦЕНТРА ЦВЕТНОЙ МЕТАЛЛУРГИИ С ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ БРОНХОЛЕГОЧНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Мингазова С. Р., Абдрахманова Е.Р., Викторова Т.В.
Уфимский НИИ медицины труда и экологии человека, Башкирский государственный медицинский университет

Цель: изучить патогенетические механизмы формирования хронического профессионального бронхита у рабочих горнообогатительного комбината
Материалы и методы: исследованы образцы ДНК и волос 55 больных с профессиональным бронхитом. У всех обследованных больных стаж работы во вредных условиях труда в контакте с медно-цинковой рудой превышал 10 лет. В качестве контроля использованы образцы ДНК 50 практически здоровых неродственных индивидов. Анализ проводили методом ПЦР и полиморфизма длин рестрикционных фрагментов (ПДРФ). Исследования содержания элементов в волосах проводились методом масс-спектрометрии с индуктивно-связанной плазмой – ICP – MS. PLASMA QUAD фирма VG instruments.
Результаты: аллель С полиморфного локуса -262C/T гена CAT1 встречается достоверно чаще в группе больных (81,48%) по сравнению с контролем (75,0%), $\chi 2=3,99, p=0,05$. Присутствие аллеля С увеличивает риск развития профессионального бронхита (OR-1,47, 95%CI=1,01-2,14). При сравнении группы больных с контролем установлено увеличение частоты генотипа GG по гену GSTP1 в группе больных до 9,68% против 1,95% в контроле ($\chi 2=8,67$, $p=0,005$). Содержание микроэлементов в волосах у обследованных с хроническими бронхитами характеризуется повышением содержания никеля, хрома, марганца в волосах по сравнению с контролем. При изучении уровня селена в волосах у обследованных наблюдался значительный дисбаланс его содержания от полного отсутствия до значительного превышения рекомендуемых нормативов.
Выводы: среди больных с хроническим профессиональным бронхитом изменение частоты полиморфных вариантов генов CAT1, GSTP1 указывает на их возможную прогностическую значимость. Тяжелые металлы и их соединения могут представлять определенную опасность для здоровья человека по причине их высокой токсичности.

355. ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ПРЕПАРАТА «СИНГУЛЯР» У БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ГЕНЕЗА.

Петрыкина М.В.
ГУ НИИ Медицины труда РАМН

Целью исследования явилось оценка эффективности использования препарата «Сингуляр» у больных различными формами профессиональной бронхиальной астмы (ПБА). Для характеристики клинического течения ПБА использовались клинико-функциональные методы. Были обследованы больные ПБА с нарушением простагландинового обмена, аллергической формой астмы, ПБА ассоциированной с инфекцией. Все обследованные являлись высокостажированными рабочими и подвергались комплексному воздействию веществ сенсибилизирующего и раздражающего действия. По профессиональному составу большинство обследуемых в группах представлены малярами – штукатурами. Тяжесть течения ПБА оценивалась с учетом клинического проявления заболевания, частоты обострений, выраженности дыхательной недостаточности. Подавляющее число обследованных больных имели среднюю тяжесть заболевания. Все больные в течение месяца наряду с базовой терапией принимали препарат «Сингуляр» - 10 мг / сут. Проведенное клинико-функциональное исследование выявило во всех группах уменьшение выраженности одышки при физической нагрузке, снижение частоты приступов удушья, в том числе ночных, увеличение толерантности к физической нагрузке. Следует отметить, что наиболее выраженное улучшение клинического течения болезни наблюдалось в группе с нарушением простагландиноваго обмена. Представляется также важным, что на фоне приема препарата «Сингуляр» удалось снизить суточную дозу ингаляционных глюкокортикостероидов. Таким образом, использование препарата «Сингуляр» является эффективным в комплексной терапии больных ПБА.

356. ИССЛЕДОВАНИЯ СОДЕРЖАНИЯ ВОЛОКНИСТЫХ ЧАСТИЦ В ЛЁГОЧНОЙ ТКАНИ

Ковалевский Е. В.
ГУ НИИ медицины труда РАМН

Целью исследования была оценка значимости данных о типе и количестве волокон в лёгочной ткани. Материалы и методы: обзор результатов работ по определению количества и типа волокон в лёгких. Результаты: Асбест – коммерческое название двух групп волокнистых минералов (амфиболы и серпентины). Профессиональное и непрофессиональное воздействие амфиболов, других слаборастворимых в органах дыхания природных и искусственных волокон способно привести к их накоплению в лёгких в дозах, достаточных для развития таких заболеваний, как пневмокониозы, рак лёгких, мезотелиома плевры. Во многих случаях получить информацию о воздействии невозможно, что затрудняет выявление причины заболевания и разработку профилактических мероприятий. Часто единственным источником информации о профессиональном или непрофессиональном контакте с амфиболовыми асбестами является исследование по определению концентраций и типа волокон в пробах лёгочной ткани. В большинстве известных исследований в органах дыхания пациентов с мезотелиомой плевры, даже не имевших профессионального контакта с асбестами, были отмечены асбесты амфиболовой группы. Накопление в лёгких волокон группы серпентинов (хризотиловый асбест) возможно в только случае «перегрузки» механизмов их выведения, так как его волокна в условиях малых уровней воздействия быстро выводятся из лёгких. Это подтверждает положения о наличии рисков для здоровья человека только при интенсивном профессиональном воздействии хризотила. Заключение: Данные о содержании волокон в лёгких являются чувствительным индикатором воздействия асбестов амфиболовой группы или других слаборастворимых в

биологических средах волокон, что позволяет использовать их для установления причины заболевания. В случае хризотила такая возможность отсутствует.

357. ОЦЕНКА МЕТОДОВ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ, СОПРОВОЖДАЮЩИХСЯ СИНДРОМОМ ОДЫШКИ.

Жабина С.А., Бурякина Е.А., Полякова И.Н., Ковалевский Е.В.
ГУ НИИ медицины труда РАМН, г. Москва

Целью настоящего исследования стало совершенствование функциональных методов ранней дифференциальной диагностики заболеваний со сходными клиническими проявлениями. Материалы и методы: проведено обследование 30 человек, работавших в условиях воздействия промышленной пыли, в том числе хризотилсодержащей – (25 мужчин и 5 женщин) в возрасте от 19 до 35 (в среднем 27) лет, с жалобами на умеренно выраженную одышку, возникающую при физической нагрузке, что субъективно связывалось с детренированностью. Результаты: При обследовании изменений в клиническом анализе крови, ФВД, при рентгенологическом исследовании выявлено не было. При нагрузочных пробах на тредмиле у 10 пациентов (п.) был выявлен неадекватный количеству сердечных сокращений прирост АД, без изменений при ЭХОКГ. У 6 п. отмечалось снижение АД до 90/45мм.рт.ст. на 7 минуте (пробу вынужденно прекратили), а при ЭХОКГ выявлена дисфункция папиллярных мышц с транзиторной митральной регургитацией II степени. У 3 п. отмечалось нарастание зубца Р с 3 минуты при ЧСС 100 ударов в минуту, при этом на ЭХОКГ выявлена выраженная дисфункция папиллярных мышц с митральной регургитацией III степени. У 7 п. - повышение АД до 175/110 мм.рт.ст., у 2 п. - появление суправентрикулярной аритмии и у 2 п. зарегистрирована экстрасистолическая желудочковая аритмия с частотой от 100 до 120 и от 6 до 10 экстрасистол в минуту при частоте сердечных сокращений до 110 и 130 ударов в минуту соответственно. >Заключение: Полученные данные указывают на важность внедрения в практику профосмотров комплекса функциональных исследований в целях проведения дифференциальной диагностики между одышкой лёгочного генеза и одышкой при патологии сердечно сосудистой системы, являющейся дополнительным фактором риска развития профессиональной пылевой патологии.

358. ОТНОСИТЕЛЬНЫЕ ВКЛАДЫ КУРЕНИЯ И ПЫЛИ В РАЗВИТИЕ ХОБЛ У РАБОТАЮЩИХ НА МЕТАЛЛУРГИЧЕСКОМ ПРОИЗВОДСТВЕ

Мазитова Н. Н.
Казанский государственный медицинский университет

Цель: оценка величин вкладов курения и пыли в развитие ХОБЛ у работников металлургического производства. Методы исследования: дизайн исследования – поперечное исследование (анкетный опрос: стандартные вопросы по диагностике ХОБЛ, рекомендованные Европейским Респираторным Обществом, тест Фагерстрома на степень табачной зависимости, определение индекса курильщика). Критерии выбора респондентов – согласие на проведение анкетирования, контакт с пылью не менее 7 лет, мужской пол. Проведено анкетирование 1000 рабочих основных литейных цехов. Полностью заполнены и пригодны к статистической обработке 297 анкет. Для определения относительных вкладов курения и профессионального контакта с промышленными аэрозолями применялся метод дисперсионного анализа. Результаты: модель совместной зависимости от цеха, профессии, стажа объясняла небольшую долю изменчивости, в отличие от модели зависимости развития ХОБЛ от курения (величины статистик Фишера 4,59 и 25,19 соответственно). Однако выявлено также достоверное влияние величины пылевой нагрузки на развитие ХОБЛ для кварцевой пыли, в отличие от смешанной пыли и сварочного аэрозоля (значения статистик Фишера соответственно 3,08; 1,19 и 1,23).

Заключение: вновь подтверждена ведущая роль курения в развитии ХОБЛ, у работающих в контакте с промышленными аэрозолями. Для уточнения полученных данных требуется проведение углубленного исследования рабочих.

359. РОЛЬ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ ФАКТОРОВ И КУРЕНИЯ В ФОРМИРОВАНИИ ХОБЛ У РАБОЧИХ МЕТАЛЛУРГИЧЕСКОГО ПРОИЗВОДСТВА

Мазитова Н. Н., Валеева И.Х., Хамитов Р.Ф.
Казанский государственный медицинский университет

Цель: оценка напряженности оксидативного стресса у рабочих пылевых профессий в зависимости от профессиональных факторов и индекса курильщика. Методы исследования: дизайн исследования – поперечное исследование: обследовано 150 рабочих (осмотр пульмонолога, спирометрия с бронходилатационной пробой, исследование уровня гидроперекисей липидов (ГПЛ), малонового диальдегида (МДА), каталазы, пероксидазы, церулоплазмина, глутатиона восстановленного и окисленного, общей антиоксидантной активности сыворотки крови (ОАА), С-реактивного белка (СРБ)). Критерии отбора – мужской пол, стаж более 10 лет в контакте с пылью, наличие кашлевого анамнеза, добровольное информированное согласие на участие в исследовании. Для каждого из факторов проведен регрессионный анализ, качество моделей оценивалось по критерию Фишера. Результаты: у 119 рабочих диагностирована ХОБЛ от 0 до 2 стадии. Длительность стажа, профессиональная группа и возраст не оказывали достоверного влияния на показатели спирометрии и оксидативного статуса. Значимыми ($p< 0,1$) оказались модели, описывающие влияние состава промышленного аэрозоля на уровень каталазы и ОАА; влияние величины пылевой нагрузки ($p<0,05$) на уровни каталазы, МДА и СРБ. Присутствие раздражающих веществ в воздухе рабочей зоны влияло на уровень пероксидазы и МДА ($p<0,05$). Модель, описывающая влияние индекса курильщика, оказалась значима для каталазы, церулоплазмина ($p<0,05$), а также для пероксидазы, МДА и ГПЛ ($p< 0,1$). Для ГПЛ, ОАА, глутатиона восстановленного и окисленного наблюдалась зависимость от стадии ХОБЛ ($p<0,05$). Заключение: выявлено влияние профессиональных факторов и индекса курильщика на показатели окислительного метаболизма рабочих. Требуется проведение проспективного исследования для количественной оценки величин вкладов.

360. ВЛИЯНИЕ АНТИОКСИДАНТНОЙ ТЕРАПИИ НА ПОКАЗАТЕЛИ ОКИСЛИТЕЛЬНОГО МЕТАБОЛИЗМА У РАБОЧИХ МЕТАЛЛУРГИЧЕСКОГО ПРОИЗВОДСТВА С ПРОЯВЛЕНИЯМИ ХОБЛ

Амиров Н.Х.-1, Берхеева З.М.-1, Валеева И.Х.-1, Мазитова Н. Н.-1, Новоженов В.Г.-2, Хамитов Р.Ф.-1
Казанский государственный медицинский университет-1, Государственный институт усовершенствования врачей МО РФ-2

Цель: сравнить эффект препарата Мексидол и стандартного комплекса антиоксидантов «аскорбат+токоферол» у рабочих металлургического производства с проявлениями ХОБЛ. Методы исследования: проспективное рандомизированное контролируемое исследование. Критерии включения – добровольное информированное согласие на участие в исследовании, наличие клиники ХОБЛ по критериям GOLD, стаж в контакте с пылью более 10 лет. В течение 1 месяца наблюдалось 119 рабочих: группа А из 47 человек получала мексидол 250 мг/сут, группа Б из 40 человек – аскорбат 1,5 г/сут и токоферол 0,6 г/сут; контрольная группа - 30 человек. Результаты: у всех рабочих определялись высокие исходные уровни каталазы, пероксидазы, церулоплазмина, восстановленного глутатиона при нормальных уровнях гидроперекисей липидов, малонового диальдегида и сниженном

- окисленного глутатиона, что свидетельствало о высокой напряженности окислительного метаболизма в ответ на действие промышленных аэрозолей. После лечения в обеих группах отмечено снижение уровня восстановленного глутатиона, малонового диальдегида ($p < 0,05$) и повышение общей антиокислительной активности (ОАА) сыворотки крови ($p < 0,05$). Применение мексидола способствовало более выраженному снижению уровня малонового диальдегида ($p <0,05$) и значительному повышению ОАА ($p <0,001$). Концентрации гидроперекисей липидов существенно не изменились. Достоверных различий показателей окислительного метаболизма в зависимости от стадии ХОБЛ выявлено не было. Заключение: показано позитивное влияние сравнительно низких доз мексидола на показатели окислительного метаболизма у рабочих металлургического производства с проявлениями ХОБЛ по сравнению со стандартным антиоксидантным комплексом «аскорбат-токоферол».

361. ИЗУЧЕНИЕ ГЕНЕТИЧЕСКОГО ПОЛИМОРФИЗМА АЛЬФА1- ИНГИБИТОРА ПРОТЕИНАЗ(ИП) И ГЕНОВ ДЕТОКСИКАЦИИ У БОЛЬНЫХ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ БРОНХОЛЕГОЧНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ.

Кузьмина Л. П.,Пай В.Г., Безрукавникова Л.М., Фомина В.С.
ГУ НИИ Медицины труда РАМН

Целью исследования явилось определение полиморфизма генов ИП и генов детоксикации - цитохрома Р450 (CYP1A1), глутатионтрансферазы М1(GSTM1) у больных профессиональными заболеваниями органов дыхания методом полимеразной цепной реакции. У больных различными формами профессиональной бронхиальной астмы от воздействия аэрозолей цветных металлов дефицитные гетерозиготные варианты Pi MZ установлены в 10,8% случаев, у больных профессиональными бронхитами и пневмокониозами от воздействия промышленных аэрозолей фиброгенного действия – в 5 % случаев, у больных токсико-пылевым бронхитом и бронхопневмосклерозами от воздействия комплекса вредных факторов алюминиевого производства – в 5 % случаев. У больных профессиональными заболеваниями бронхолегочной системы в сравнении с популяционным контролем выявлено статистически достоверное увеличение частоты нулевого аллеля гена GSTM1. Анализ полиморфизма гена CYP1A1 в сравнении с контрольной группой статистически достоверных различий не выявил. Мутация гена GSTM1 (генотип GSTM1 0/0) достоверно чаще встречалась у больных профессиональными заболеваниями бронхолегочной системы с выраженными гипоксемическими расстройствами и тенденцией к более глубоким нарушениям дыхательной функции. Отсутствие мутации гена GSTM1 у больных профессиональными заболеваниями органов дыхания ассоциировалось с патологией верхних дыхательных путей. ДНК-тест системы для определения генетического биохимического полиморфизма генов GSTM1, ИП, могут использоваться как информативные критерии для прогноза риска развития и диагностики профессиональных заболеваний органов дыхания.

362. СТАРЕНИЕ ДЫХАТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ У ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ (ХОБЛ), ПРОЖИВАЮЩИХ В РЕГИОНЕ КМА

Бабкина В. И., Бачинский О.Н., Неронов А.Ф.
Курский государственный медицинский университет, Курский Центр профессиональных болезней

Цель исследования – оценка сочетанного влияния промышленных аэрозолей и аномального геомагнитного поля (ГМП) региона КМА на темпы инволютивных изменений легких у больных ХОБЛ.

Методы исследования. Клинико-инструментальное обследование 52 мужчин больных ХОБЛ II ст. было дополнено определением интегральной характеристики инволютивных процессов – биологического возраста легких (БВ, годы) и темпа их старения (разница между БВ и его должной величиной; годы) по методу Л.М. Белозеровой и соавт.(2006). Средний возраст пациентов 64,8±1,2 года, стаж работы в условиях запыленности 21,6±1,4 года, индекс курения 30,1±6,2 пачка-лет. Для достижения цели исследования выделены 2 группы больных ХОБЛ: 1-ая группа включала 32 пациента, постоянно проживающих в г. Курске, территории с нормальными фоновыми значениями ГМП, во 2-ую группу вошли 20 больных, проживающих в регионе КМА – зоны аномально повышенного ГМП.
Результаты. Средний БВ в 1-й группе был равен 81,6±0,8 года, что достоверно меньше, чем данный показатель в группе региона КМА – 86,3±0,6 лет ($P<0,05$). Все обследуемые имели ускоренный темп старения легких (БВ-ДБВ> +5,0 лет), но у больных ХОБЛ, проживающих в регионе КМА с аномально высоким ГМП, этот процесс был более выраженным, чем у жителей г. Курска: соответственно +27,6±1,2 и +23,8±1,0 года ($P<0,05$).
Заключение. Профессиональные больные ХОБЛ имеют патологический ускоренный темп старения дыхательной системы, что следует учитывать при оценке эффективности базисной (поддерживающей) терапии. У пациентов, работавших во вредных по содержанию пыли производственных условиях и дополнительно подвергающихся воздействию аномального ГМП КМА, инволютивные изменения в бронхолегочной системе развиваются более интенсивно.

363. ОСОБЕННОСТИ РАЗВИТИЯ АСБЕСТООБУСЛОВЛЕННЫХ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ ОТ ВЕЛИЧИНЫ ПЫЛЕВОЙ НАГРУЗКИ - II. ХАРАКТЕР СВЯЗИ

Кашанский С.В., Широкова О.В.
ФГУН ЕМНЦ ПОЗРПП Роспотребнадзора

Цель: Изучение особенностей развития асбестообусловленных злокачественных новообразований органов дыхания (АЗНОД) от величины пылевой нагрузки (ПН).
Методы исследования: Проведено изучение особенностей развития 373 случаев АЗНОД в зависимости от ПН, как по общей массе пыли, так и числу респирабельных волокон хризотил-асбеста, полученной больными за период производственной деятельности.
Результаты: За все время наблюдения только 37 (9,9%) случаев АЗНОД были признаны профессиональными. За период работы средняя ПН по общей массе пыли у М составила 475 грамм и 335 у Ж ($p=0,01$), а по числу респирабельных волокон хризотил-асбеста – 11,4 и 13,3 волокон/мл/годы. Корреляционный анализ выявил сильный характер связи (0,797-0,832) особенностей развития АЗНОД у М от ПН и слабый характер связи у Ж (0,460-0,501). Анализ распределения плотности вероятности развития АЗНОД в зависимости от величины суммарной ПН показал, что первые единичные случаи заболевания у М и Ж, наблюдаются при ПН от 5 до 10 грамм, количество их прогрессивно нарастает в интервале от 10 до 50 и достигает максимума при ПН – 50-100 грамм. Аналогичный анализ вероятности развития АЗНОД в зависимости от количества респирабельных волокон выявил некоторые особенности. Единичные случаи заболеваний у М и Ж, наблюдаются при ПН 1-2 волокна/мл/годы, число их нарастает в арифметической прогрессии в интервале от 2 до 3, а пик заболеваемости приходится на ПН – 3-5 волокон/мл/годы у М и 5-10 – у Ж ($p=0,05-0,001$).
Заключение: В результате изучения особенностей развития АЗНОД от ПН установлен сильный характер связи АЗНОД с величиной ПН у М, как по общей массе пыли, так и числу респирабельных волокон хризотил-асбеста. Слабый характер связи АЗНОД с ПН у Ж, по-видимому, обусловлен относительно небольшим числом наблюдений.

364. КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ РАКА ЛЕГКИХ В УСЛОВИЯХ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ВОЗДЕЙСТВИЯ НИКЕЛЬСОДЕРЖАЩЕЙ ПЫЛИ

Липатов Г. Я., Адриановский В. И.
ГОУ ВПО Уральская государственная медицинская академия Росздрава

Цель: Установить клинико-морфологические признаки рака легких у рабочих, имевших профессиональную экспозицию к никелю. Методы исследования: Изучены истории болезни лиц, умерших от рака легкого, и проработавших не менее 10 лет на крупном комбинате по получению никеля. Результаты: У больных в 64,5% случаев диагностировался плоскоклеточный рак, в 16,1% - аденокарцинома и в 19,4% - мелкоклеточный рак. Плоскоклеточный рак по степени дифференцировки распределялся следующим образом: низкодифференцированный – 60%, умеренно дифференцированный – 20% и высокодифференцированный – 20%. Аденокарцинома характеризовалась низкой степенью дифференцировки, преимущественно солидным типом строения опухоли. Низкодифференцированный мелкоклеточный рак представлен резко гиперхромными клетками полигональной и лимфоцитоподобной формы. У онкологических больных сопутствующими заболеваниями были хронические бронхиты (32,6%) и язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки (23,0%), что существенно отличалось от сопутствующих показателей больных раком легкого, не имевших контакта с никелем. Среди умерших в отдаленные сроки после хирургического лечения у 30% больных причиной смерти явились осложнения, связанные с сопутствующими заболеваниями. Выводы: 1. У больных раком легких, имевших профессиональную экспозицию к никелю, среди морфологических вариантов преобладали низкодифференцированные формы опухолей. 2. Среди больных отмечена высокая частота сопутствующей патологии систем, играющих барьерную роль при воздействии никельсодержащей пыли.3. Обусловленные воздействием никеля профессиональные опухоли легких характеризуются более тяжелым течением и высокой летальностью.

365. ОСОБЕННОСТИ РАЗВИТИЯ АСБЕСТООБУСЛОВЛЕННЫХ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ ОТ ВЕЛИЧИНЫ ПЫЛЕВОЙ НАГРУЗКИ - I. ОБЩАЯ ИНФОРМАЦИЯ

Кашанский С.В., Широкова О.В.
ФГУН ЕМНЦ ПОЗРПП Роспотребнадзора

Цель: Изучение особенностей развития асбестообусловленных злокачественных новообразований органов дыхания (АЗНОД) от величины пылевой нагрузки (ПН). Методы исследования: Проведено изучение особенностей развития 373 случаев АЗНОД в зависимости от ПН, как по общей массе пыли, так и числу респирабельных волокон хризотил-асбеста, полученной больными за период производственной деятельности. Результаты: За 41 год (1966-2006 гг.) в Свердловской области нами выявлено 373 АЗНОД, в том числе 326 (87,4%) у мужчин (М) и 47 (12,6%) у женщин (Ж). Пациенты до развития заболевания, занимались добычей (179), обогащением (145) и переработкой (49) хризотил-асбеста Баженовского месторождения. Средний возраст на момент диагностики заболевания составил 53,5 года у М и 66,1 у Ж (p=0,001); а смерти – 60,5 и 66,7 года (p=0,001). АЗНОД статистически значимо чаще развиваются у М в возрасте от 40 до 60 лет, а у Ж в группах старше 70 лет (p=0,05-0,01). 48,8% М и 7,4% Ж были трудоспособного возраста (p=0,001). У 58,8% больных было поражено правое легкое, а у 41,2% - левое. Различий в величине ПН в зависимости от стороны поражения не выявлено. АЗНОД развились в интервале от 3 до 69 лет после первого контакта, в среднем 31,8 у М и 38,2 у Ж (p=0,05). Стаж работы колебался от 1 до 48 лет, в среднем – 19,1 у М и 16,2 у Ж. Период от прекращения работы до развития опухоли достигал 47 лет, в среднем 11,4 у М

и 21,3 у Ж (p=0,01). В 12,9% АЗНОД у М были заподозрены при прохождении периодических профилактических медицинских осмотров в период их производственной деятельности, в 39,3% – в первые 10 лет после прекращения работы, а в 29,1% – на протяжении 20 лет. В 12,8% у Ж АЗНОД развились в постконтактном периоде до 10 лет, а в 85,1% в интервале от 10 до 40 лет после выхода на пенсию (p=0,05-0,001).

366. ПОЛИМОРФИЗМ ГЕНОВ ФЕРМЕНТОВ ЦИТОХРОМА P450 И ПРЕДРАСПОЛОЖЕННОСТЬ К РАЗВИТИЮ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ХРОНИЧЕСКОГО БРОНХИТА

Ахмадишина Л.З.- 1, Корытина Г.Ф.- 1, Кочетова О.В.- 1, Мингазова С.Р.- 2, Бакиров А.Б.- 2, Викторова Т.В.-1, 3
Институт биохимии и генетики УНЦ РАН, Уфа - 1, ФГУН УфНИИ медицины труда и экологии человека Роспотребнадзора, Уфа –2, Башкирский государственный медицинский университет, Уфа – 3

Цель настоящего исследования заключалась в изучении вероятной роли полиморфных вариантов генов ферментов цитохрома P450 (2455A>G и 3801T>C гена CYP1A1, -2467T>delT и -163C>A гена CYP1A2, -1053C>T гена CYP2E1) в предрасположенности к развитию профессионального хронического бронхита.
Методы и материалы исследования включали ПЦР - ПДРФ анализ 122 образцов ДНК больных профессиональным хроническим бронхитом. В качестве группы сравнения были использованы 166 образцов ДНК практически здоровых рабочих.
Результаты: Выявлены статистически достоверные отличия по распределению частот гаплотипов гена CYP1A1 между группами больных и здоровых рабочих ($\chi2$=12.42, p=0.008), которые обусловлены высокой частотой гаплотипа CYP1A1*2C в группе здоровых рабочих (5.21%), в то время как частота данного гаплотипа составила лишь 0.88% в группе больных ($\chi2$=6.11 p=0.014, pcor=0.0423; OR=0.16, 95%CI 0.03-0.75). Гаплотип CYP1A1*1A является маркером риска развития профессионального хронического бронхита (85.49% против 76.04%, в группе здоровых рабочих; $\chi2$=6.39, p=0.01, pcor=0.03; OR=1.84, 95%CI 1.14-2.99). Показано, что генотип *1A*1D гена CYP1A2 увеличивает риск развития профессионального хронического бронхита в два раза (OR=2.08, 95%CI 1.15–3.77; $\chi2$=6.07, p=0.01, pcor=0.02). Ассоциации полиморфных маркеров -163C>A гена CYP1A2, -1053C>T гена CYP2E1 с развитием профессионального хронического бронхита не выявлено. Анализ встречаемости полиморфизмов изучаемых генов в зависимости от тяжести течения или формы заболевания достоверных различий не выявил.
Заключение: Полиморфные варианты генов CYP1A1 и CYP1A2 вносят определенный вклад в развитие профессионально обусловленного бронхита. Полученные результаты свидетельствуют о целесообразности дальнейшего изучения полиморфизма генов цитохрома P450.

367. СОСТОЯНИЕ НЕКОТОРЫХ ФЕРМЕНТОВ ПУРИНОВОГО МЕТАБОЛИЗМА В ТКАНЯХ РАЗЛИЧНЫХ ОРГАНОВ ПОСЛЕ ЗАПЫЛЕНИЯ ХРИЗОТИЛ-АСБЕСТОВОЙ ПЫЛЬЮ

Ильдербаев О. З.
Государственная медицинская академия, Семипалатинск, Республика Казахстан

Целью работы было изучение влияния асбестовой пыли на активность ферментов метаболизма пуриновых нуклеотидов 5′-нуклеотидаза (5′-НД), аденозиндезаминаза (АДА), аденозинмонофосфат-дезаминаза (АМФ-дезаминаза) в различных тканях. Методы исследования: Эксперимент проведен на белых крысах. I–интактные (n=10), II–затравленные (n=15). Для воспроизведения асбестоза крысам интратрахеально вводилась

асбестовая пыль методом Е.Н. Городенской (Гадаскина И.Д.,1954). После декапитации определяли активность 5′-НД, АДА, АМФ-дезаминазы. Проведена статистическая обработка с вычислением критериев Стьюдента. Результаты: Исследования показали, что активность 5′-НД в селезенке у животных с асбестозом, по сравнению с контрольной группой, снижена в 17,4 раза ($p<0,001$), АДА – на 65,8%. Со стороны АМФ-дезаминазы существенных изменений не фиксировалось. Активность 5′-НД в лимфоузлах понижена на 74,6%, АДА – на 67%, АМФ-дезаминазы – на 31,8% в сравнении с контрольными величинами. В тканях тимуса наблюдалось достоверное снижение активности фермента 5′-НД у запыленных животных в 5,5 раза, АДА в 1,8 раза и АМФ-дезаминазы в 1,7 раза. Как показали исследования при воздействии хризотиловой пыли активность 5′-нуклеотидазы и АДА в лимфоцитах периферической крови не претерпевает особых изменений, а АМФ-дезаминаза увеличивается на 60,0% ($p<0,01$). Активность ферментов 5′-НД, АДА и АМФ-дезаминазы в надпочечниках достоверно превышала аналогичные данные контрольной группы: АДА в 1,5 раза, АМФ-дезаминазы в 4 раза, 5′-НД в 2,1 раза. Заключение: При действии пылевого фактора происходит активация обмена пуриновых нуклеотидов в надпочечниках и лимфоцитах, снижение в селезенке, в лимфоузлах и тимусе, что характеризует напряжение компенсаторных механизмов организма на воздействие пылевого фактора.

368. ПРЕПАРАТ «СУПЕРАНТИТОКС» В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ(ПБА).

Васильева О.С.-1,Шварц Г.Я.-1, Пашкова Т.Л.-1,Корвяков С.А.-1,Колядова Т.В.-1, Ахметов Р.Х.-1, Варшамов Л.А.-2, Неумолотова Т.Н.-2, Даценко Н.И.-2, Амплеева Г.А.-2 Балашкин В.В. -3, Чистяков А.Н. – 3, Преснова Г.А. – 3.
ФГУ НИИ пульмонологии Росздрава г. Москва -1,ФГУН Саратовский НИИ сельской гигиены-2, ООО «Березовый мир» - 3

Кора березы является источником ряда экстрактивных веществ, содержит тритерпеноиды, обладающие биологической активностью: бактериостатической, антиаллергической, противовоспалительной. Препарат «Суперантитокс» синтезирован из коры березы. Сотрудниками ФГУ НИИ пульмонологии совместно с ФГУН Саратовского НИИ сельской гигиены были проведены клинические исследования препарата, оценивалась эффективность и безопасность суперантитокса. Препарат применялся у 50 больных ПБА в дозе 25 мкг и 50 мкг два раза в сутки, на фоне базисной терапии. Курс – 30 – 60 дней. Оценивались субъективные и объективные данные в динамике лечения: жалобы, ОФВ1, ПСВ, сывороточный Ig E ,маркер аллергического воспаления дыхательных путей - оксид азота в выдыхаемом воздухе(NO exh). Результаты показали положительную, статистически достоверную, динамику клинических симптомов (кашель, удушье, аускультативная картина) ПБА по балльной системе оценок($p\leq0.001$), улучшение показателей ФВД(ОФВ1,ФЖЕЛ, МСВ75, МСВ50,МСВ25), пикфлоуметрии($p\leq0.05$),снижение NO exh ($p\leq0.02$) , тенденцию к уменьшению общего IgE . Потребность в базисной терапии(β_2 -агонистах, ГКС) снизилась в среднем в 1.5 -2 раза к 24 дню лечения, по сравнению с контрольной группой больных ПБА, не получавших суперантитокс. У ⅔ больных отмечено повышение толерантности к физической нагрузке. В целом, положительная динамика от приема препарата выявлена у 72% больных. Побочных эффектов, вынуждающих отменить препарат, не было. Результаты проведенного исследования свидетельствуют об эффективности и безопасности Суперантитокса-50 в лечении больных ПБА.

369. СОСТОЯНИЕ НЕКОТОРЫХ ФЕРМЕНТОВ ЭНЕРГЕТИЧЕСКОГО ОБМЕНА В ТКАНЯХ РАЗЛИЧНЫХ ОРГАНОВ ПОСЛЕ ЗАПЫЛЕНИЯ ХРИЗОТИЛ-АСБЕСТОВОЙ ПЫЛЬЮ

Ильдербаев О.З.
Государственная медицинская академия, Семипалатинск, Республика Казахстан

Целью работы является изучение активности ферментов энергетического обмена цитохромоксидазы (ЦХО) и сукцинатдегидрогеназы (СДГ) в тканях надпочечников и иммунокомпетентных органах и клетках при воздействии асбестовой пыли. Методы исследования: Эксперимент проведен на белых крысах. I–интактные (n=10), II–затравленные (n=15). Для воспроизведения пневмокониоза крысам интратрахеально вводилась асбестовая пыль методом Е.Н. Городенской, в модификации В.И. Парашиной (Гадаскина И.Д.,1954). У всех животных определяли активности СДГ и ЦХО в различных органах и клетках. Результаты: Как показали исследования при воздействии асбестовой пыли активность ферментов ЦХО и СДГ в надпочечниках снижалась с 0,223±0,013 до 0,136±0,011 ($p<0,001$) и с 0,045±0,002 до 0,015±0,0007 ($p<0,001$) соответственно. В свою очередь и в селезенке тоже отмечено снижение активности этих ферментов: во II группе активность СДГ снижается с 0,023±0,005 до 0,012±0,001, активность ЦХО с 0,193±0,032 до 0,144±0,013 ($p<0,01$). У животных II группы активность ЦХО в лимфоцитах периферической крови снижается в 2,3 раза по сравнению с контрольной группы, тогда как активность СДГ достоверно не изменяется. Достоверное снижение активности ферментов ЦХО наблюдалось в печени, лимфоузлах и тимусе: в 1,8 раза, в 1,4 раза и в 1,7 раза соответственно. В свою очередь активность СДГ в печени повышалась - в 17 раз, в лимфоузлах - в 8,5 раза и в тимусе – 1,8 раза.Результаты: Энергетический обмен в различных органах играют большую роль в организме, определяющего адаптационную способность организма. Выявленные неоднозначные изменения активности ферментов обосновывают необходимость более глубокого и всестороннего изучения.

370. СОСТОЯНИЕ ЛИПОПЕРОКСИДАЦИИ ПРИ ЦЕМЕНТНО-ПЫЛЕВОМ ВОЗДЕЙСТВИИ В ЭКСПЕРИМЕНТЕ

Ильдербаев О. З.
Семипалтинская государственная медицинская академия, Казахстан

Целью работы является изучение в эксперименте роли свободнорадикального окисления при экспериментальном силикатозе. Методы исследования: Эксперимент проведен на белых крысах. I группа–интактные (n=10), II группа–затравленные (n=15). Для воспроизведения силикатоза крысам интратрахеально вводилась цементная пыль методом Е.Н. Городенской, в модификации В.И. Парашиной (Гадаскина И.Д.,1954). Для исследования выделяли лимфоциты из периферической крови и готовили гомогенаты из печени, селезенки, тимуса, лимфатических узлов тонкого кишечника и надпочечников. В них определяли содержание диеновых коньюгатов (ДК) и малонового диальдегида (МДА). Полученные результаты исследования обрабатывались общепринятыми методами вариационной статистики с вычислением критериев Стьюдента. Результаты: У запыленных животных отмечено достоверное повышение содержания МДА в лимфоцитах периферической крови с 0,072±0,003 до 0,081±0,003, в тканях печени - с 0,14±0,01 до 0,19±0,01 и тканях тимуса - с 0,031±0,003 до 0,047±0,004 ($p<0,05$). Наряду с увеличением содержания малоновых диальдегидов, наблюдалось повышенное содержание диеновых коньюгатов в вышеперечисленных клетках: в лимфоцитах периферической крови в 3,5 раза ($p<0,001$), в тканях печени – в 1,7 раза ($p<0,05$) и в тимусе – 3,6 раза ($p<0,01$). Исследование первичных продуктов ПОЛ показало, что содержание диеновых коньюгатов в лимфоузлах повышено в 3,1 раза ($p<0,001$), а со стороны надпочечников и селезенки существенных изменений не наблюдалось. Содержание малоновых диальдегидов в клетках лимфоузлов, в тканях надпочечников и селезенки оставались на уровне контрольных величин ($p>0,05$). Заключение: На пылевое воздействие повышение

концентрации ДК и МДА наблюдается у половины изучаемых органах – печени, тимусе и лимфоцитах периферической крови.

371. ИССЛЕДОВАНИЕ ЛЕГОЧНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ У ЛИЦ С ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ ОТ ВОЗДЕЙСТВИЯ ПРОМЫШЛЕННЫХ АЭРОЗОЛЕЙ ФИБРОГЕННОГО ДЕЙСТВИЯ

Богданова Т.С., Беднаржевская Т. В.
ГУЗ Краевая клиническая больница

Цель исследования: изучение легочной гемодинамики у лиц с профессиональными заболеваниями легких от воздействия промышленных аэрозолей фиброгенного действия. Проведено комплексное клинико-функциональное исследование, в том числе ЭХО-КГ, 6 минутный шаговый тест, у 21 пациента (76,2% – мужчин), (23,8% – женщин). Из них 42,8% случаев – пневмокониоз (ПК) от воздействия высокофиброгенной пыли, 57,2%- слабофиброгенной. Стаж работы в условиях неблагоприятного воздействия до 20 лет – 6 (28,6%); 21-30 лет - 9 (42,8%); более 30 лет – 6 (28,6%). Во всех наблюдениях рентгенологическая картина соответствовала 1 стадии кониотического процесса, при этом у 13 (61,9%) – гранулематозный вариант изменений, у 8 (38,1%) – интерстициальный. Толерантность к физической нагрузке снижена в 14 (66,7%) случаях; их них 10 (71,4%) – ХСН 1 ф. кл, 4 (28,6%) – ХСН 2 ф. кл. На ЭХО-КГ только у 2 (9,5%) пациентов при сочетании ПК с БА - признаки легочной гипертензии (срДЛА больше или равно 20,0 мм. рт. ст.). У 3х (14,3%) – повышение общего легочного сопротивления (ОЛС). Гипертрофия правых отделов сердца – выявлена в 12 (57,1%) наблюдениях, при чем в 8 (66,7%) случаях у пациентов с интерстициальным вариантом рентгенологических изменений. Полученные предварительные результаты свидетельствуют, что, несмотря на нормальные показатели срДЛА у лиц с интерстициальной формой ПК от воздействия слабофиброгенной пыли на ЭХО-КГ выявлены изменения в миокарде правого предсердия, желудочка; повышение ОЛС. Таким образом, необходимо продолжить исследование по изучению легочной гемодинамики у лиц с начальными стадиями кониотического процесса с целью ранней диагностики синдрома легочной гипертензии, назначения адекватной терапии и улучшения качества жизни пациентов.

372. ПРИМЕНЕНИЕ СУПЕРАНТИТОКСА ПРИ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ.

Васильева О.С., Корвяков С.А., Варшамов Л.А., Неумолотова Т. Н., Даценко Н.И., Амплеева Г.А.
НИИ пульмонологии г. Москва, ФГУН Саратовский НИИ сельской гигиены

На базе клиники профессиональных заболеваний НИИ СГ было проведено исследование БАД «Суперантитокс». «Суперантитокс» применялся по схеме -2дня по 2 капсулы 2 раза в день, затем по 1 капсуле 2 раза в день. Спирография проводилась в начале лечения и в конце лечения. По бальной системе оценивались следующие жалобы: кашель, наличие мокроты, одышка, приступы удушья и затрудненного дыхания. Регистрировали ОФВ1, ЖЕЛ, МСВ75, МСВ50, МСВ25 до лечения и в конце лечения. Исследовался уровень IgE до и после лечения. В исследовании принимали участие 10 человек с бронхиальной астмой (женщин – 3 человека, мужчин – 7 человек, средний возраст составил 51 год.). В процессе наблюдения было отмечено улучшение показателей ФВД, ЖЕЛ, МСВ75, МСВ50, МСВ25, показателей крови- снижение IgE. Отмечалось уменьшение потребности в ß2- агонистах. Оценивался субъективный эффект от лечения - уменьшился кашель, одышка, реже возникали приступы удушья и затрудненного дыхания, легче переносятся физические нагрузки. Отмечалась положительная

объективная динамика - уменьшалось количество сухих хрипов в легких, дыхательные шумы приобретали нормальный тон. Побочных эффектов отмечено не было, отмены препарата не потребовалось. Таким образом, применение «Суперантитокса» при профессиональной бронхиальной астме эффективно и безопасно.

373. КЛИНИКО-ГИГИЕНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ В СВЕРДЛОВСКОЙ ОБЛАСТИ

Рослая Н. А.-1, Гоголева О.И. -2,. Халевина С.Н. -2, Пешкова А.О - 1
ФГУН "ЕМНЦ ПОЗРПП" Роспотреднадзора-1, ГОУ ВПО «УГМА Росздрава» -2, г. Екатеринбург

Цель работы: изучить характеристику профессиональной бронхиальной астмы (ПБА) в Свердловской области за 2002-2006 гг. За исследуемые годы среди работающих на предприятиях черной и цветной металлургии, машиностроения, сельского хозяйства, в медицинских учреждениях, библиотеках и др. установлено 90 случаев ПБА. Причинными производственными факторами ПБА служили высоко- и низкомолекулярные вещества, значительные концентрации ирритантов, имеющих пыле - , газо -, парообразное агрегатное состояние. У больных ПБА на рабочих местах определялись хром, формальдегид, никель часто в комплексном воздействии с другими вредными факторами в неблагоприятных микроклиматических условиях. Чаще ПБА регистрировалась (66,2 %) у рабочих промышленных предприятий, имеющих контакт с металлами- гаптенами. На долю медицинских работников пришлось 16,7 % выявленных случаев, в основном у медицинских сестер (46,7 %). Работники сельского хозяйства составили 14,1 % случаев, среди них преобладали рабочие птицефабрик (птичницы, зоотехники). Анализ сроков развития ПБА в Свердловской области показал значительный стаж работы в контакте с промышленными аллергенами до установления диагноза ПБА, в среднем 9,7 ± 2,3 лет. Среди больных преобладали женщины (86,6 %) в возрасте от 50 до 60 лет (45,5 %), лица молодого возраста составляли лишь 15,6 %. По характеру течения клинические проявления легкой степени тяжести составляли 14,4 %, средней степени - 83,3 %, тяжелого течения – 2,2 %. В среднем у 1/3 части больных с ПБА определялся поливалентный характер сенсибилизации (профессиональная, бытовая, пыльцевая, пищевая, лекарственная), у ¼ части наблюдалось сочетание ПБА и ХОБЛ. Все случаи ПБА повлекли за собой потерю профессиональной трудоспособности, 32 % случаев – потерю общей трудоспособности.

374. СОСТОЯНИЕ ЛОКАЛЬНОГО ИММУНИТЕТА ПРИ ПЗОД В ПРОИЗВОДСТВЕ СПЛАВОВ ТУГОПЛАВКИХ МЕТАЛЛОВ

Рослая Н. А.
ФГУН "Екатеринбургский медицинский научный центр профилактики и охраны здоровья рабочих промпредприятий"

Цель работы: оценить состояние местного иммунитета бронхиального дерева у пациентов ПЗОД в производстве сплавов тугоплавких металлов (Ti, W, V). Определяли уровень IL–8, INF-γ и s-Ig A в индуцированной мокроте 50 больных ПЗОД (28 – ПБ и 22 – ПК). Ср.возраст - 52,5±1,1г., ср. стаж - 27,4±1,3 г. У больных ПЗОД, не зависимо от нозологической формы, IL–8 достоверно превышал контрольный уровень (1030,2±72,6 и 424,4±87,8 пкг/мл, $p<0,01$). При проведении корреляционного анализа выявлена обратная зависимость IL–8 от показателей бронхиальной проходимости (ОФВ1, ПОС, Raw, $r= -0,325$; $-0,689$; $-0,606$, $p<0,05$) и SO2% ($r= -0,447$, $p<0,05$). Оптимальный уровень функционирования фагоцитов у пациентов ПЗОД обеспечивался усилением продукции INF-γ: его концентрация почти в 10 раз превышала контрольный уровень (69,97±11,4 и 7,85±1,03 пкг/мл соответственно, $p<0,01$). Повышение уровня данного

цитокина обеспечивало своевременную презентацию антигенов, входящих в состав промышленных аэрозолей производства тугоплавких металлов. Повышение концентрации INF-Y приводило к усилению синтеза s-IgA (r=0,578, p<0,05). Содержание s-Ig A составило у больных ПБ - 0,94±0,03; ПК – 0,39±0,05; контроль - 0,26±0,01 мг/мл, p<0,05). Т.о., повреждающее действие промышленных аэрозолей производства сплавов тугоплавких металлов запускает ряд локальных неспецифических иммунологических реакций, приводит к активации клеток, секретирующих провоспалительные цитокины (IL–8 и INF-Y), которые могут служить маркерами в оценке тяжести воспаления дыхательных путей. Одновременно запускается гуморальный компонент локального иммунного ответа, обеспечивая высокую концентрацию s-Ig A в бронхиальном секрете.

375. МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ АСБЕСТООБУСЛОВЛЕННЫХ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ ЛЕГКИХ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВЕЛИЧИНЫ ПЫЛЕВОЙ НАГРУЗКИ

Кашанский С.В., Шабуров А.П.
ФГУН ЕМНЦ ПОЗРПП Роспотребнадзора

Цель: Изучение морфологических особенности опухолей в зависимости от величины пылевой нагрузки у больных профессиональными асбестообусловленными злокачественными новообразованиями легких (ПАЗНЛ). Методы исследования: Проведен сравнительный анализ гистологических вариантов 37 случаев ПАЗНЛ у мужчин, признанных профессиональными в центре с 1994 по 2006 г. с величиной суммарной пылевой нагрузки, как общей массы пыли, так и респирабельных волокон хризотил-асбеста, полученной больными за период трудовой деятельности. Результаты: Среди изученных случаев преобладали плоскоклеточные раки (64,9%), преимущественно ороговевающий (35,1%), с тенденцией к ороговеванию (16,2%) и неороговевающий (13,5%), а также аденокарциномы и мелкоклеточные раки (по 13,5%). По степени дифференцировки превалировали низко- (48,6%) и умереннодифференцированные (27,0%) формы новообразований. Величина суммарной пылевой нагрузки, полученной за весь период производственного контакта с хризотилсодержащей пылью, варьировала от 22,5 до 1715,5 грамм, в среднем – 346,5; а респирабельных волокон асбеста от 1,9 до 24,1 волокна/мл/годы, в среднем – 5,3. В 6 случаях злокачественные новообразования развились на фоне ранее диагностированного хризотил ассоциированного асбестоза. Заключение: В ходе сравнительного анализа 37 случаев ПАЗНЛ не выявлено преобладания определенных гистологических форм в зависимости от величины суммарной пылевой нагрузки, как по общей массе пыли, так и респирабельных волокон хризотил-асбеста. Только в группе больных профессиональным раком органов дыхания, сформировавшегося на фоне ранее развившего хризотил ассоциированного асбестоза суммарная пылевая нагрузка респирабельных волокон была статистически значимо выше в два раза (p=0,05).

376. ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЙ ХРИЗОТИЛ АССОЦИИРОВАННЫЙ АСБЕСТОЗ КАК ФАКТОР РИСКА РАЗВИТИЯ МЕЗОТЕЛИОМ

Кашанский С.В.
ФГУН ЕМНЦ ПОЗРПП Роспотребнадзора

По данным Selikoff J. (1979) у 23% больных асбестозом, сформировавшегося в результате экспозиции амфиболовых асбестов развиваются мезотелиомы. Цель: Цель настоящей работы – оценка риска развития мезотелиом у больных профессиональным хризотил ассоциированным асбестозом (ПХАА). Методы исследования: Проведено изучение причин смертности среди 1029 больных ПХАА, диагностированного в центре с 1946 по

2006 г. Результаты: Все пациенты до развития ПХАА, занимались добычей, обогащением и переработкой хризотил-асбеста Баженовского месторождения, практически не содержащего амфиболовых асбестов [Kashansky S., 2001]. За период наблюдения от различных причин скончалось 234 больных, в том числе, 50 (22 мужчины и 28 женщин) от злокачественных новообразований, среди которых преобладали опухоли органов пищеварения – 32%, дыхания – 30%, мочевых путей – 12% и женских половых органов – 14%. У мужчин доминировали опухоли органов дыхания – 22% и мочевых путей – 8%, а у женщин рак органов пищеварения – 24%, главным образом желудка – 10% и в меньшей степени новообразования органов дыхания и женских половых органов – по 8% и молочной железы – 6%. Различия в распространенности новообразований органов дыхания и желудочно-кишечного тракта между мужчинами и женщинами были статистически значимы (p-0,01-0,001). За 60 летний период наблюдения в наблюдаемой когорте больных не зафиксировано ни одного случая мезотелиомы. Заключение: В результате многолетнего мониторинга причин смерти больных ПХАА нам представляется, что хризотил не является значимым фактором риска развития мезотелиом. Отсутствие связи между ПХАА и мезотелиомами, возможно обусловлено относительно небольшим числом наблюдений. Для решения вопроса о роли ПХАА в этиологию заболевания следует продолжить наблюдение этой когорты.

377. ПОКАЗАТЕЛИ СМАД У БОЛЬНЫХ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ

Рослая Н. А. Коневских Л.А.
ФГУН "Екатеринбургский медицинский научный центр профилактики и охраны здоровья рабочих промпредприятий"

Цель работы: оценить суточную вариабельность артериального давления (АД) и ее связь со степенью тяжести бронхиальной обструкции у пациентов профессиональными заболеваниями органов дыхания (ПЗОД). Суточное мониторирование артериального давления (СМАД) было проведено у 56 больных ПЗОД (16 -ПК и 40 - ТПБ). Средний возраст - 52,7±2,2 г, стаж – 22,7±2,1 г., длительность заболевания - 4,8±1,6 г. Среднее АД по группе при однократном измерении 127±2,8 мм рт.ст. Результаты СМАД анализировались в трех группах ПЗОД, отличающихся степенью бронхиальной обструкции по ОФВ1. Результаты: у больных ПЗОД с легкими вентиляционными нарушениями выявлена высокая вариабельность ДАД, как в дневные, так и в ночные часы; достоверное повышение показателей гипертонической нагрузки ДАД в дневные часы. При этом средние значения САД, показатели нагрузки и индекс площади не отличались от показателей здоровых лиц. У пациентов ПЗОД, имеющих умеренную степень бронхиальной обструкции средние значения и показатели нагрузки давлением САД значимо превышали значения контрольной группы в ночные часы; сохранялась вариабельность ДАД в дневные и в ночные часы. При выраженном снижении ОФВ1 значения САД и ДАД, и показатели нагрузки давлением были достоверно выше контрольных. Выявлена высокая вариабельность систолического САД в дневные и в ночные часы и ДАД- в дневное время суток. Доля больных ПЗОД с десинхронизированными суточными ритмами по группам составила 25%, 37,5% и 69,2% соответственно , среди больных ПЗОД с легкими нарушениями ФВД чаще наблюдалась повышенная степень ночного снижения САД (over-dipper), а у пациентов с выраженными вентиляционными нарушениями преобладала недостаточная степень ночного снижения АД (non-dipper).

378. ПРИМЕНЕНИЕ БИОПАРОКСА В ЛЕЧЕНИИ ОСТРЫХ ИНФЕКЦИЙ ВЕРХНИХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ У РАБОТНИКОВ ЭНЕРГЕТИЧЕСКОЙ ПРОМЫШЛЕННОСТИ

Карабаева Г.С.
Медсанчасть УП УзЭлктросеть ГАК Узбек Энерго.

Цель: Выявить влияние раннего применения препарата «Биопарокс» на течении острых инфекций верхних дыхательных путей у энергетиков-верхолазов, работающих в неблагоприятных метеоусловиях. Методы: Под наблюдением находилось 75 человек, не имеющих хронических заболеваний верхних дыхательных путей и заболевших ОИВДП. В зависимости от сроков обращаемости больные были разделены на 3 равные группы по 25 человек:

1. – лечение начиналось с 1-го дня появления симптомов;
2. – на пике разгара заболевания;
3. – заболевание затягивалось более 7 дней.

«Биопарокс» назначался по стандартной схеме 4 впрыскивания в каждую половину носа и в глотку каждые 6 часов строго 4 раза в день. Обязательность приема препарата строго контролировалась. Проводился скрининг крови. Результаты: Раннее применение «Биопарокс» при ОИВДП в 1-й группе уже на 2-й день приводит к значительному уменьшению воспалительных симптомов в носу и горле, а длительность заболевания не превышает 5 дней. Работа в неблагоприятных метеоусловиях не прекращается, от больничных листков все 25 человек отказались в связи с хорошим самочувствием.
У 2-й группы больных-высотников длительность заболевания сдвигается до 10-ти дней. Листки нетрудоспособности были вынуждены взять 12 человек (55,4%), однако применение «Биопарокс» и общеукрепляющей терапии привело к их минимальному количеству (3-5 дней). В 3-й группе электрослесари болели более 15-ти дней, при этом применение «Биопарокс» не исключало антибактериальную и противовоспалительную терапию. Больничные листы были выписаны 23 пациентам (92%).
Заключение: Раннее применение «Биопарокс» приводит к сокращению продолжительности ОИВДП и повышению трудоспособности. Планируется использовать в лечебной тактике по отношению к работникам энергетической промышленности

Реабилитация и образовательные программы

379. АВТОРЕГУЛЯЦИОННАЯ ФУНКЦИЯ СЕРДЦА У ЗДОРОВЫХ ЛИЦ И БОЛЬНЫХ С БРОНХООБСТРУКТИВНЫМ СИНДРОМОМ

Карзилов А.И., Тетенев Ф.Ф., Бодрова Т.Н., Альбах Л.В.
Сибирский государственный медицинский университет, Томск

Цель: Оценить влияние электростимуляции диафрагмы (ЭСД) на авторегуляцию сердца (АРС) у здоровых лиц и больных с бронхообструктивным синдромом (БОС).
Методы исследования: Проведено исследование 20 здоровых людей (1 гр.), 30 больных БА (2 гр.) и 30 больных ХОБЛ (3 гр.). Развитие адаптации определяли по состоянию АРС. Оценивались следующие варианты адаптивного процесса: 1) срочная адаптация (СА) - при разовой ЭСД в 1 гр. и первом сеансе ЭСД во 2 и 3 гр., 2) фаза развития долгосрочной адаптации (ДА) - при сравнении показателей начала и конца курса ЭСД (10-15 сеансов) во 2 и 3 гр., 3) СА на фоне развития ДА - по оценке влияния последнего сеанса ЭСД во 2 и 3 гр. АРС оценивалась по периоду и амплитуде суммарной волны, определяемой по вариациям 100 интервалов R-R ЭКГ. Степень центральных влияний на работу сердца определяли по изменению спектра дыхательных и медленных волн.
Результаты: В период СА ЭСД не приводила к изменению АРС в 1 гр., но вызывала достоверное усиление центрального влияния на сердце при снижении плотности дыхательных волн. Во 2 и 3 гр., в период СА, ЭСД не вызывала достоверных изменений АРС и центрального влияния на сердце. В фазу развития ДА в 3 гр. наблюдалось

достоверное уменьшение центрального влияния на АРС на фоне повышения активности дыхательных волн. Во 2 гр. при этом не отмечалось достоверного изменения показателей АРС. В период СА в фазе развития ДА сеанс ЭСД во 2 и 3 гр. приводил к достоверному усилению спектра дыхательных волн, в 3 гр. к достоверному увеличению периода суммарных волновых колебаний. Заключение: ЭСД оказывает адаптивное влияние на АРС у здоровых лиц и больных с БОС.

380. КОМПЛЕКСНАЯ ТЕРАПИЯ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ БРОНХИТОМ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ КЕДРОПЛАСТОВОЙ КАБИНЫ

Зарипова Т. Н., Антипова И.И.
Научно-исследовательский институт курортологии и физиотерапии, Томск

Цель исследования: научное обоснование целесообразности применения ароматерапии в виде кедропластовой кабины в оздоровление больных с бронхолегочной патологией. Наблюдение выполнены на 33 больных хроническим бронхитом, ХНБ - у 26 (78,8%), ХОБ - у 7(21,2%), средний возраст – 50,8±2,4. Лечебный комплекс включал процедуры в кедропластовой кабине (международный патент №2121952 от 20. 11.1998г.), аппликации торфа на область грудной клетки, массаж, дыхательную гимнастику. Все больные хорошо переносили лечение, не было ни одного случая ОРЗ и ОРВИ. Отмечена позитивная динамика основных клинических симптомов заболевания, противовоспалительное действие документировалось снижением исходно-повышенного уровня сиаловых кислот (с 2,81±0,17 до 2,49±13,1 ммоль/л; $p<0,05$), церулоплазмина (с 457,4±13,1 до 403,6±21,1 мг/мл; $p<0,05$), активность каталаза крови (с 52,2±2,38 до 41,9±3,7 мккат./л; $p<0,05$).Улучшение последних можно расценить как снижение напряжения со стороны антиоксидантной защиты. После лечения на 18,2% возросло количество больных, не имеющих признаков активного воспаления. Изучения состояния системного иммунитета свидетельствовало о благоприятной динамике со стороны клеточного звена: Т-лимфоциты с34,5±1,2 до 43,4±1,14; $p<0,01$, В-лимфоциты (исходно сниженные) с 7,3±0,68 до 17,6±4,8; $p<0,05$. По данным спирографии отмечено улучшение бронхолегочной проходимости (ПСВ с 56,7±3,1 до 75,0±5,7; $p<0,01$). Анализ состояния адаптации и реактивности больных, выполненный по методике Гаркави, характеризовался ростом РПА на фоне высокой реактивности, что предопределяет формирование в организме высокого противовоспалительного потенциала.
Непосредственная эффективность лечения составила 93,8%.

381. АЭРОЗОЛЬТЕРАПИЯ МИНЕРАЛЬНЫМИ ВОДАМИ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ БРОНХИТОМ И БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

Смирнова И. Н., Зарипова Т.Н., Антипова И.И.
ФГУ "Научно-исследовательский институт курортологии и физиотерапии" ФА по здравоохранению и социальному развитию РФ, г. Томск

Цель работы: Изучение лечебного действия ингаляций различных типов минеральных вод (МВ) у больных хроническим бронхитом (ХБ) и бронхиальной астмой (БА). Исследования проведены у 539 больных. ХНБ диагностирована у 156, ХОБ – у 259, БА – у 124 больных. Состояние больных оценивалось по клиническим симптомам, данным спирографии, биохимическим показателям активности воспаления и состоянию факторов местной защиты респираторного тракта по методике Л.А. Матвеевой (1993). В качестве ингалянтов использовались 12 видов МВ региона Сибири и Дальнего Востока, объединенных в 4 группы согласно Классификации: хлоридные, гидрокарбонатные, бромсодержащие и кремнистые. Ингаляции хлоридных МВ оказывали преимущественное действие на эпителиальное звено местной защиты и менее выраженное – на иммуноэффекторное. Ингаляции гидрокарбонатных МВ способствовали нормализации иммуноэффекторного

звена местной защиты, а МВ со специфическими компонентами (кремнистые и бромсодержащие) оказывали полифакторное действие на местный иммунитет, что подтверждалось снижением содержания сиаловых кислот в назальном секрете, как показателя неспецифического воспаления. Наиболее выраженный противовоспалительный эффект наблюдался после ингаляций бромсодержащих МВ (увеличение числа больных без признаков активного воспаления в 4,7 раза). Максимальное улучшение бронхиальной проходимости у больных БА отмечалось после ингаляций хлоридных МВ, у больных ХОБ – кремнистых и хлоридных, ХНБ – бромсодержащих и кремнистых вод. Наиболее высокая эффективность лечения в целом у больных БА получена при аэрозольтерапии хлоридными МВ, у больных ХОБ – бромсодержащими МВ. Полученные результаты свидетельствуют о многоплановости лечебного действия ингаляций различных типов МВ, что нужно учитывать при лечении на курорте.

382. ЛЕЧЕНИЕ БРОНХОЛЕГОЧНЫХ БОЛЬНЫХ НА КУРОРТЕ БЕЛОКУРИХА

Зарипова Т. Н., Жилякова Л.В., Булатова З.П.
ЗАО " курорт Белокуриха", НИИ курортологии и физиотерапии, Томск

Обследовано 82 больных в возрасте 45,4±2,14 лет. Из них ХНБ был у 16 , ХОБ – у 48 и БА – у 18 человек. 22 пациента имели многолетний контакт с профвредностями. Из сопутствующей патологии чаще всего диагностировались: заболевания опорно-двигательного аппарата, ЛОР органов, гипертоническая болезнь. Все больные поступали в санаторий в период ремиссии или минимальной активности воспаления. Анализируются результаты лечения 2 сопоставимых групп: 1 – 53 больных – получали основные лечебные факторы курорта: азотно-кремнистые ванны с небольшим содержанием радона, ингаляции минеральной воды, питье последней, фитосборы, ЛФК на воздухе, массаж грудной клетки; больные 2 группы – 29 человек – дополнительно получали процедуры (5-6) интерпульмональной вибрации по разработанной нами методике.
Больные обеих групп хорошо переносили лечение, в результате которого, существенно улучшалась клиническая симптоматика и снижалась потребность в бронхолитиках. Первая группа больных характеризовалась снижением воспалительного потенциала. У 88% обследованных к завершению лечения не было лабораторных признаков активного воспаления. Наблюдались: снижение эозинофилии, благоприятная перестройка в состоянии адаптации и реактивности, рост физической работоспособности. Однако существенного улучшения спирографических данных не было.
Включение в лечебный комплекс интерпульмональной вибрации (2 группа) позволило добиться улучшение бронхиальной проходимости, документированной ростом значений ОФВ1, ПСВ, МОС25. Общее число больных без нарушения вентиляции возросло на 30,9% (против 18,8% в 1 группе). Повышение результативности лечения наблюдалось у больных ХОБ - средний балл эффективности в 1 группе –2,23±0,13; во 2 группе – 2,61±0,11; p=0,05.

383. РОЛЬ ТИОТРОПИУМА В ФИЗИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ У БОЛЬНЫХ С ХОБЛ

Мещерякова Н. Н., Белевский А.С., Черняк А.В.,Неклюдова Г.В.
ФГУ НИИ Пульмонологии Росздрава

Цель: Сравнить эффективность применение различных методов физической реабилитации у больных с крайне тяжелой ХОБЛ, получавших тиотропиум (ТБ) и без него.
Методы: 57 пациентов с ХОБЛ 4\5 ст., рандомизированные на 4группы.1 группа (64,7+7,0л) применяющая ИГКС, β2-агонисты и ТБ, 2 группа (64,0+11,0л) та же терапия +

ДТ (Threshold IMP, PEP), 3 группа (63,8+6,48л) та же терапия + физическая реабилитация, 4группа (62,5+5,3л)применяющая ИГКС, β2-агонисты. Исследования функции внешнего дыхания, размер диафрагмы, сила и выносливость дыхательной мускулатуры, тест с 6 мин. ходьбой, КЖ по вопроснику MOS SF-36.
Результаты: Во 2 группе значительно улучшились функциональные показатели легких: ΔОФВ1-11,1%, ΔПСВ-10%, физическая толерантность Δ6MWT-62m, КЖ, особенно критерий-СС- Δ 27,5+11,3%, сила дыхательной мускулатуры- Δ Pi-10%, Δ Pe-20%. В 3 группе более значимые показатели физической толерантности Δ6MWT-86m, параметры КЖ ΔФА-18,9+8б9%, ΔРФ-21,4+7б8%, ΔПЗ-14,0+6,б2%, Δ Pi-10%, Δ Pe-14%. В первой группе все показатели также улучшились, особенно Δ 6MWT-30,2+5,7%, Δ Pi-5,3%, Δ Pe-10%. В 4 группе нет достоверных улучшений показателей.
Обсуждение: ТБ значительно улучшает результаты различных методов физической реабилитации у больных с крайне тяжелой ХОБЛ.

384. ПРИМЕНЕНИЕ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ТРЕНАЖЕРОВ У БОЛЬНЫХ С ХОБЛ ТЯЖЕЛОГО ТЕЧЕНИЯ

Мещерякова Н. Н., Белевский А.С., Черняк А.В.
ФГУ НИИ Пульмонологии Росздрава

Цель: Изучить эффективность применения дыхательных тренажеров (ДТ) у больных с ХОБЛ тяжелой степени. Методы:30 пациентов, средний возраст 65-72г с ХОБЛ тяжелой степени были рандомизированы на две группы: 1- ИГК, пролонгированные бета-2-агон.+тиотропиум бромид (ТБ), 2–аналогичная терапия + ДТ (Threshold PEP and Threshold IMP). Исследовалась функции дыхания, силы и выносливости дыхательной мускулатуры, тест 6 мин. ходьбы, КЖ по вопроснику MOS SF-36, размеры диафрагмы с помощью УЗИ. Исследование проходило в 3 этапа: вводный период, через 2 недели, через 3 месяца.
Результаты: В группе 2 наиболее яркие изменения касаются показателей ФВД (ΔОФВ1-11+6,0% ($p<0,01$), ΔПСВ-10+4,3% ($p<0,001$)), физической толерантности(Δ6MWT-62+13,4 м ($p<0,01$)), параметров КЖ(ΔФА-12,7+6,7% ($p<0,05$), ΔРФ-17,5+5,5% ($p<0,05$), ΔСС-27,5+12,4%($p<0,01$)). В 1 группе изменения касаются повышения физической толеранстности: Δ6MWT-29,8+9,6m ($p<0,01$), ΔФА-6,5+1,8% ($p<0,05$), ΔСС-20+8,7% ($p<0,001$), показатели ФВД не изменились ΔОФВ1-3,1+0,4% ($p<0,05$). Обсуждение: Применение ДТ значительно повышает показатели ФВД, за счет изменения инспираторного и экспираторного сопротивления, что улучшает функции легкого. Применение в двух группах ТБ ведет к улучшению КЖ и повышает толерантность к физической нагрузке.

385. АНАЛИЗ ПРОГРАММ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ С ПРОФЕССИОНАЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ

Горблянский Ю.Ю.-1
РостГМУ, Ростов-на-Дону-1, ЦВМиР №2 РО, Шахты-2

Цель: проанализировать состав и выполнение программ медицинской реабилитации больных с профессиональными заболеваниями органов дыхания в Ростовской области.
Материалы и методы: выполнен ретроспективный анализ 150 программ медицинской реабилитации инвалидов вследствие профессиональных заболеваний органов дыхания, из них 80 больных с ХОБЛ средней и тяжелой степени, 30 больных профессиональной бронхиальной астмой средней и тяжелой степени, 40 больных пневмокониозом. Средний возраст больных составил 47,6±2,0 лет. Средняя длительность заболевания 8,2±1,5 лет. Изучены характер и структура рекомендаций, выданных больным в центре реабилитации и включенных в программу, а также их выполнение в течение года.

Результаты: наиболее частыми составляющими программ явились дополнительное медицинское обеспечение, сан-кур лечение и лечение в реабилитационном центре. Перечень лекарственных препаратов, включенных в программы реабилитации больных ХОБЛ включал атровент (60%), спириву (50%), серетид (30%). Рекомендованное лечение в реабилитационном центре получили все, сан-кур лечение 40% инвалидов, страдающих ХОБЛ. Программа больных профессиональной бронхиальной астмой включала серетид (100%), сальбутамол (100%), теотард (35%), сан-кур лечение (20%) и лечение в реабилитационном центре (100%). Дополнительную медицинскую терапию больным пневмокониозом назначали только при развитии ХОБЛ (атровент, ацетилцистеин, вазонит). Лечение в реабилитационном центре получило (100%), сан-кур лечение (30%) больных. Заключение: инвалиды с выраженными формами заболеваний органов дыхания обеспечиваются в рамках программ реабилитации за счет социального страхования качественными лекарственными препаратами, сан-кур лечением. Широко распространено восстановительное лечение в условиях центра реабилитации.

386. КЛЕППИНГ - МАССАЖ В РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ХОБЛ НА КУРОРТЕ БЕЛОКУРИХА

Комиссаров К.В., Викторова Е.В., Трубников Г.В., Куропятник Н.И., Тепляков Г.В., Маюнов В.А., Кузнецова Г.А., Федорова Л.А., Маркова Н.М.
Алтайский край, курорт Белокуриха, санаторий «Алтай-West»

Под наблюдением было 68 больных ХОБЛ I и II стадии в фазе ремиссии с бронхотическим компонентом. Возраст был 22-59 лет, мужчин было 41, женщин 27. 36 основная группа и 30 – группа сравнения. Обе группы были сопоставимы по клинике, стадиям ХОБЛ, полу и возрасту. Все больные отмечали затруднение вдоха, неполноценное откашливание мокроты. В основной группе помимо базовых процедур был предложен клеппинг - массаж и терренкур с интервальной нагрузкой по ущелью горного хребта вдоль реки Белокуриха. Базовое лечение включало азотно-кремниевые минеральные ванны, лечебные души, ручной массаж, сауну, спелеотерапию. Терренкур протяженностью 2,5км, выполнялся больными весь период пребывания в санатории (3 нед). Клеппинг – массаж представлял активное физическое воздействие в виде отрывистого шлепка с силой, оптимально воспринимаемой больным, наносимое боксерской лапой. Пациенту проводилось нанесение 10-15 шлепков по задней и боковой поверхности грудной клетки в положении лежа на животе, а затем в положении сидя. В процессе процедуры больному предлагалось кашлять с отделением мокроты. Эффективность реабилитации оценивалась по клинической картине, показателям качества жизни (опросник AQ20), физической работоспособности (тест PWC170). Все больные основной группы отметили уменьшение одышки, дискомфорта дыхания, более свободное отхождение мокроты при кашле. У них выявлено улучшение качества жизни. Физическая работоспособность возросла на 27,1% в основной группе, и на 12,6% в группе сравнения. Заключение. Использование клеппинг- массажа в сочетании с дозированной нагрузкой в виде терренкура на курорте Белокуриха обладает высокой эффективностью в санаторной реабилитации больных ХОБЛ с бронхотическим компонентом.

387. ТЕРРЕНКУР С ИНТЕРВАЛЬНОЙ ФИЗИЧЕСКОЙ НАГРУЗКОЙ В РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ХОБЛ НА КУРОРТЕ БЕЛОКУРИХА

Викторова Е.В., Комиссаров К.В, Трубников Г.В., Тепляков Г.В., Маюнов В.А., Кузнецова Г.А., Федорова Л.А., Маркова Н.М.
Алтайский край, Курорт Белокуриха, санаторий «Алтай-West»

Целью работы явилось изучение эффективности в реабилитации больных ХОБЛ ранее применяемого при ревматических заболеваниях сердца терренкура. Он проложен (1961 г.)

по берегу богатой водопадами, а вследствие этого аэроионами воздуха, горной реки с открытой для солнечных лучей долиной, в хвойной местности с тремя нарастающими по углу подъемами и равнинными промежутками между ними. Протяженность терренкура 2,5км при общей длине подъемов около 600 м. Аэроионо- и ландшафто-терапия формировала у больных ХОБЛ позитивное отношение к физической нагрузке, при утраченном к ней интересе. Под наблюдением находилось 97 больных ХОБЛ I и II стадии в фазе ремиссии. Возраст был 20-60 лет, муж-63, жен-34. 32 составили основную группу, 33 – группу сравнения I (базовые процедуры), 32 – группу сравнения II с использованием базовых процедур в сочетании с занятиями в тренажерном зале, где использовались аэробные тренажеры и тренажеры для вспомогательных дыхательных мышц. Базовые процедуры включали: пребывание в курортной зоне, прием минеральных ванн, термотерапию, спелеотерапию, массаж грудной клетки, гидропатию.
Эффективность реабилитации оценивалась по данным физической работоспособности (тест PWC170), качеству жизни (опросник AQ20) и данным бронхиальной проходимости (ОФВ1). В основной группе физическая работоспособность возросла на 29,3%, в группе сравнения I – на 16,7%, в группе сравнения II- на 25,4%. Качество жизни возросло во всех группах, но наибольший прирост был отмечен в основной группе. Показатели ОФВ1 достоверно не изменились ни в одной из групп.
Заключение. Наибольший эффект в санаторно-курортной реабилитации больных ХОБЛ, достигается при использовании дозированной интервальной физической нагрузки при позитивном эмоциональном и лечебном воздействии природных факторов.

388. ОЦЕНКА КЛИНИЧЕСКОЙ И СОЦИАЛЬНОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ АСТМА-ШКОЛЫ ПРИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ

Жукова И.В., Стародубцева О.И., Решетникова О.В., Вахрушев Я.М.,
Алексеева Е.А.
ГУЗ РКДЦ МЗ УР г. Ижевск, ГОУ ВПО ИГМА МЗ РФ г. Ижевск, 1 РКБ МЗ УР, г. Ижевск.

Цель: изучение эффективности астма-школы в оздоровлении и улучшении качества жизни пациентов с БА. **Материалы и методы:** Обучение в астма-школе прошли 50 пациентов в возрасте от 18 до 75 лет, из них 30 занимались по групповой методике и 20-индивидуально. Занятия проводятся на базе РКДЦ. Социальная эффективность астма-школы оценивалась методом анонимного анкетирования больных с определением удовлетворённости пациентов качеством обучения и динамикой самочувствия, а также путём анализа течения заболевания. Проведено изучение степени медицинской активности и санитарной грамотности больных. Эффективность астма-школы оценивали до и после обучения. **Результаты:** Результаты работы астма-школы оценивались через 6 месяцев после проведения занятий с помощью анкетирования. После обучения 38 пациентов (76%) начали регулярный прием ингаляционных глюкокортикостероидов, 12 (24%) -перешли на прием более современных препаратов (серетид, симбикорт). У больных после обучения не было вызовов скорой медицинской помощи. Частота госпитализаций снизилась на 30%. В большинстве случаев обострения БА лечились амбулаторно и в более короткие сроки. Все отметили улучшение качества жизни и могли выполнять привычную рабочую нагрузку, 2 продолжили занятие спортом. Оценка качества жизни проводилась с помощью Теста контроля астмы. По результатам теста 2 пациентов полностью могли контролировать течение БА, 38 - достаточно успешно могли контролировать БА и 9 пациентов лишь периодически могли контролировать течение БА. Таким образом, при обучении больных БА в астма-школе достигается, помимо главного-медицинского, и социальный эффект. **Заключение: занятия в** астма – школе способствуют повышению уровня гигиенической грамотности и медицинской активности у пациентов с БА, являются важной составной частью профилактики осложнений и

активного вовлечения пациентов в процесс самоконтроля за состоянием здоровья, способствуют снижению числа обострений, количества госпитализаций, вызовов бригад скорой медицинской помощи.

Саркоидоз

389. САРКОИДОЗ КАК СИСТЕМНОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ.

Мухин Н.А., Попова Е.Н., Соколина И.А., Осипенко В.И., Лебедева М.В., Фомин В.В.
ММА им. И.М. Сеченова, Москва

Цель исследования: на основании анализа особенностей клинического течения, определить прогностически значимые признаки благоприятного и неблагоприятного исходов саркоидоза. В исследование включено 216 больных саркоидозом, наблюдавшихся в клинике нефрологии, внутренних и профессиональных болезней им. Е.М.Тареева г. Москвы с 1994 г по 2007 гг. Обследование больных включало общеклинические методы, а также определение уровня ангиотензин-превращающего фермента, микроальбуминурии, компьютернотомографические исследования , эхокардиографию, перфузионную томосцинтиграфию миокарда с нагрузочными пробами, неврологическое обследование. У всех больных диагноз верифицирован морфологически посредством биопсии легких, лимфатических узлов, кожи. Результаты: На основании сопоставления клинико-рентгенологических, морфологических исследований выделены различные варианты течения саркоидоза: острый, медленно прогрессирующий, рецидивирующий. При остром начале болезни (вариант Лефгрена) (15%) в виде сочетания изолированной внутригрудной лимфоденопатии, узловатой эритемы отмечена стойкая ремиссия саркоидоза вплоть до разрешения рентенологических изменений у подавляющего большинства больных. При медленно прогрессирующем течении (67%) изменения в легких были представлены гиперплазией лимфоузлов в сочетании с очаговой диссеминацией, отсутствием внелегочных поражений; часторецидивирующее течение (18%) характеризовалось преимущественным поражением интерстиция легких с прибладанием фиброза, деформацией по типу «сотового легкого», тубулоинтерстициальными и кардиальными проявлениями. Заключение. Прогноз саркоидоза определется темпами нарастания фиброзных изменений в интерстиции легких и внелегочными поражениями.

390. ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ САРКОИДОЗОМ В ОРЕНБУРГСКОЙ ОБЛАСТИ

Башаева (Исмагилова) З. Р.-1, Саликова Н.А.-2, Межебовский А.В.-1, Межебовский В.Р.-2
Оренбургская медицинская академия-1, Областная клиническая больница №1, г.Оренбург-2

Цель: Изучить заболеваемость саркоидозом на территории Оренбургской области в течение последних 12 лет (1995-2006гг). Методы: Материалом исследования явились истории болезни всех больных саркоидозом, выявленных в данный период на территории Оренбургской области.
Результаты: За 1995-1996гг. выявлено 240 больных саркоидозом в возрасте от 21 до 77 лет, из них 77,5% (186) - женщины, 22,5% (54)- мужчины. С 1995 по 2000гг. выявлено 86 случаев, за тот же период с 2001 по 2006гг. - 154 случая. Общая заболеваемость (на 100 тыс.чел): 1995-2000гг. - 3,9, 2001-2006гг. - 7,1, - выросла почти вдвое. При оценке заболеваемости по регионам области обнаружились территории с высокой заболеваемостью (Ясненский - 37 на 100 тыс.чел, Сорочинский - 30 на 100 тыс.чел). При этом выявлено 7 районов (4 из них на северо-западе области), где за весь период не зарегистрировано ни одного случая. Выводы: Заболеваемость саркоидозом в области за 12 лет увеличилась почти вдвое (с 3,9 на 100 тыс.чел. в 1995-2000гг. до 7,1 на 100 тыс.чел. в

2001-2006гг.). Случаи саркоидоза зарегистрированы в большинстве районов области. Показатели заболеваемости на территориях области вариабельны: имеются районы с высокой заболеваемостью (37 на 100 тыс.чел) и районы, в которых за 12 лет не обнаружено ни одного случая. При этом городские или сельские условия проживания не влияют на заболеваемость, поскольку саркоидоз наблюдается как в городах, так и в сельской местности. По характеру распределения заболеваемости саркоидозом в области можно выделить четыре территории: центральную зону с максимально высокой заболеваемостью (15,3 на 100 тыс.чел); восточную и юго-западную, в которых уровень заболеваемости примерно одинаковый (8,9 и 7,8 соответственно); и северо-западную зону с минимальным заболеваемостью (5 на 100 тыс.чел).

391. ЭФФЕКТИВНОСТЬ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ БОЛЬНЫХ САРКОИДОЗОМ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ

Дауров Б.И. - 1, Черников А. Ю. - 2
Российская медицинская академия последипломного образования - 1, ОГУЗ "Противотуберкулёзный диспансер" Курской области - 2

Цель: сравнительная оценка эффективности диспансеризации больных саркоидозом в противотуберкулёзном диспансере (до 2002 года) и в общей лечебной сети (с 2003 года). Методы исследования: Проведен анализ амбулаторных карт 274 больных саркоидозом города Курска. Выделены три группы: 1) 65 (23,7%) человек, выявленных до 1995 года; 2) 124 (45,3%) человека, выявленные в период с 1996 года по 2002 год; 3) 85 (31,0%) человек, выявленных в период с 2003 года по 2006 год. Результаты: Диагностические ошибки в первой группе составили 29,2% случаев (19 пациентов), во второй –21,0% (26), в третьей – 41,2% (35) ($p<0,01$). Средний срок подтверждения правильного диагноза (в неделях): 9,5±2,0; 4,8±1,2; 12,3±1,8 ($p<0,05$). В третьей группе в качестве диагностической ошибки в 10,6% случаев впервые появляется бронхит, и увеличивается количество пневмонии с 0,8% во второй группе до 7,1% ($p<0,05$). Полное отсутствие диспансерного наблюдения после окончания основного курса лечения установлено в первой группе у 17 человек (26,2%) во второй – у 9 человек (7,3%), в третьей – у 39 человек (45,9%) ($p<0,05$-$0,001$). Удельный вес активных посещений медицинскими работниками больных на дому в случае их неявки к врачу в установленный срок: 101 из 3387 посещений (3,0%), 354 из 4991 посещений (7,1%), 0 из 2994 (0%). Количество рецидивов: в первой группе – 23 (35,4%), во второй – 27 (21,8%), в третьей – 8 (9,4%). Из них выявлены при контрольном обследовании: в первой группе – 4 из 23 (17,5%), во второй – 13 из 27 (48,1%), в третьей – 0 ($p<0,05$). В третьей группе определить истинное количество рецидивов затруднительно из-за малого срока наблюдения (два года). Заключение: Централизованное диспансерное наблюдение больных в противотуберкулёзном учреждении в 1996 – 2002 г.г. было более эффективным.

392. К НЕОБХОДИМОСТИ ОПРЕДЕЛЕНИЯ МЕСТА НАБЛЮДЕНИЯ БОЛЬНЫХ САРКОИДОЗОМ В РОССИИ

Визель А. А., Потанин В.П., Визель Е.А.
ГОУ ВПО «Казанский медицинский университет Росздрава»

Саркоидоз - относительно доброкачественное заболевание, характеризующееся образованием неказеифицирующих эпителиоидно-клеточных гранулём в различных органах и тканях. До 2003 года больные саркоидозом входили в VIII группу диспансерного учёта противотуберкулёзных учреждений. Понимание саркоидоза как неинфекционного заболевания, в патогенезе которого микобактерии туберкулёза могут играть роль одного из многочисленных триггеров, привело к тому, что саркоидоз исключили из сферы компетенции фтизиатрических учреждений. В Республике Татарстан

до 2006 года больные саркоидозом проходили первичное и периодическое обследование в крупном современном многопрофильном учреждении - Межрегиональном клинико-диагностическом центре, а верификация диагноза проводилась при видеоторакоскопии в Республиканском клиническом онкологическом центре. Дальнейшую помощь оказывал пульмонолог в амбулаторных условиях. Такая модель оказания помощи привела к снижению частоты диагностических ошибок, раннего назначения кортикостероидов, практически свела на нет противотуберкулёзную пробную и профилактическую терапию. Однако, в ввиду отсутствии какой-либо законодательной базы по ведению этих больных в России (равно как и в большинстве других стран), действие этой модели в ее бюджетном варианте (ОМС) было прекращено, пациентам остался доступен тот же объем обследований только на внебюджетной основе (инвазивная диагностика сохранилась). В стране отсутствует реестр больных саркоидозом (как и реестр больных с диссеминированными заболеваниями лёгких), их лечение становится прерогативой врачей общей практики, знания которых по саркоидозу требуют значительного пополнения. В связи с этим назрела необходимость создания федерального протокола ведения больных саркоидозом с определением места их наблюдения.

393. 40-ЛЕТНИЙ ОПЫТ РАБОТЫ ЦЕНТРА ПО САРКОИДОЗУ В Г. ЕКАТЕРИНБУРГЕ

Теряева М. В., Иконникова С.И., Федорова О.К., Смирнова О.П., Сокушева Е.П., Демонова Р.И.
ФГУ "Уральский НИИ фтизиопульмонологии Росмедтехнологий", ГОУ ВПО "Уральская государственная медицинская академия", г. Екатеринбург

Приведены данные наблюдения за 2345 больными в центре по саркоидозу в г. Екатеринбурге. Структура центра: консультативный прием, определяющий тактику, стратегию ведения больных саркоидозом; стационарный этап обследования: а) хирургический с целью верификации диагноза; б) терапевтический (дневной стационар) – подбор терапии; диспансерный этап – долечивание и диспансерное наблюдение; обучение вопросам саркоидоза студентов, врачей интернов, ординаторов, пульмонологов, терапевтов, фтизиатров. Выработан диагностический алгоритм ведения больных саркоидозом с использованием современных технологий, (КТ легких), отработаны схемы лечения при различных формах и фазах процесса и диспансерное наблюдение. Такой подход позволяет оптимизировать мероприятия по выявлению, диагностике, дифференциальной диагностике и лечению больных саркоидозом, сократить сроки установления диагноза и временной утраты нетрудоспособности.

394. СОСТОЯНИЕ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ У БОЛЬНЫХ САРКОИДОЗОМ

Турлай Е.А-1, Логвиненко Н.И-2
ГНОКДЦ, Новосибирск-1, НГМУ, Новосибирск-2

Цель: оценить состояния сердечно-сосудистой системы у больных саркоидозом. Материалы и методы: анализ историй болезни 63 пациентов с саркоидозом, проведение комплексного исследования сердечно-сосудистой системы с использованием ЭКГ и ЭХОКС в условиях ГНОКДЦ. Результаты: Саркоидоз сердца является практически главной причиной смерти у больных саркоидозом. В результате исследования по данным ЭКГ – вариант нормы был выявлен в 12,7%, суправентрикулярная экстрасистолия - в 4,8%, неполная блокада правой ножки пучка Гиса – в 15,9%, гипертрофия левого желудочка – в 3,2%, нагрузка на правое предсердие – в 1,6%, феномен WPW – в 1,6%; синдром ранней реполяризации желудочков у 4,8% пациентов, обменно-дистрофические нарушения в миокарде - у 57,1% . По данным ЭХОКС диастолическая дисфункция

левого желудочка отмечена в 25,4% случаев, пролапс митрального клапана - в 3,2%, дилатация левого предсердия - в 6,3%, участки фиброза в миокарде 3,2% пациентов, гипертрофия левого желудочка - у 1,6%, лёгочная гипертензия - у 1,6%, жидкость в перикарде и врожденный порок сердца ДМПП – в 3,2% и 1, 6% случаев соответственно. Клинически артериальная гипертензия зафиксирована у 25% больных, ИБС – у 4,8% пароксизмы фибрилляции предсердий – у 3,2%, экстрасистолия – у 4,8%. Обращает внимание появление жидкости в перикарде, легочной гипертензии, пароксизмов фибрилляции предсердий в дебюте саркоидоза, что при отсутствии сердечного анамнеза, явилось показанием к проведению более агрессивной терапии заболевания. Выводы. Изменения сердца, выявленные на ЭКГ и ЭХОКС, чаще всего расцениваются, как неспецифические, однако, они требуют серьезной оценки в связи с возможностью вовлечения сердца в патологический процесс. Обнаружение каких-либо изменений со стороны сердца требует динамического наблюдения.

395. ПАРАМЕТРЫ КРИВОЙ ПОТОК-ОБЪЁМ ФОРСИРОВАННОГО ВЫДОХА У ВПЕРЫЕ ВЯВЛЕННЫХ БОЛЬНЫХ ВЕРИФИЦИРОВАННЫМ САРКОИДОЗОМ.

Визель Е.А., Визель А.А., Исламова Л.В., Насретдинова Г.Р.
ГОУ ВПО «Казанский медуниверситет Росздрава», МКДЦ МЗ РТ

Были проанализированы параметры кривой поток-объём у 223 больных вновь вывленным саркоидозом. Женщин 65,5%, мужчин 34,5%, средний возраст 42,4; у 76 был саркоидоз 1 стадии, у 121 — 2-й стадии, у 21 — 3-й стадии и у 3 — 4-й стадии. 2 пациента имели только внелёгочный саркоидоз. Во всех случах диагноз был подтвержден биопсией. 68,6% пациентов никогда не курили на момент выявления у них саркоидоза. Только у больных с 4-й стадией саркоидоза были снижены средние значения ЖЕЛ, ПОС и $МОС_{25}$. Рестрикция была у 15,7% больных, обструкция - у 15,5%. Среди больных с стадией 1 и синдромом Лёфгрена средние значения ЖЕЛ, $ОФВ_1$ и $МОС_{75}$ были достоверно ниже, чем без этого синдрома, при стадии 2 этих различий не было. Положительный результат проб с бронхолитиками был у 6,8% больных саркоидозом (средние значения динамики $ОФВ_1$ составили $+5,85 \pm 0,51\%$). Не было разницы и между параметрами спирограммы не курящих и куривших на момент выявления. Вывод: параметры спирометрии у больных вновь выявленным саркоидозом нарушены только при 4-й стадии заболевания. Курение у больных саркоидозом не влияло на параметры вентиляции. Пробы с бронхолитиками были отрицательными. Полученные результаты следует учитывать при диагностике саркоидоза.

396. ПАТОЛОГИЯ ВНУТРЕННИХ ОРГАНОВ У БОЛЬНЫХ САРКОИДОЗОМ

Турлай Е.А-1, Логвиненко Н.И-2
ГНОКДЦ, Новосибирск-1, НГМУ, Новосибирск-2

Цель: изучить частоту сопутствующих заболеваний у больных саркоидозом. Методы: анализ 63 историй болезни пациентов с саркоидозом, находящихся под наблюдением с 2001-2007 г, проведение общеклинического, ультразвукового и функционального обследования. Результаты: Поражение глаз выявлено в 11,1% случаев, в том числе коньюнктивит - 4,8%, катаракта - 3,2%, глаукома - 3,2%. Поражение кожи у 31,7% пациентов: узловая эритема у 17,5% больных, кожная сыпь – у 6,3%, подкожный саркоидоз - у 3,2, экзема кистей - у 1,6%. Диффузные изменения печени по данным УЗИ зарегистрированы в 15,8 % случаев; желчнокаменная болезнь - в 4,8%; кистозные изменения, гемангиома печени – в 1,6%. Увеличение селезенки в 11,1% случаев, периферическая лимфааденопатия - в 9,5%. Поражение эндокринной системы: инсулиннезависимый сахарный диабет - у 1,6% пациентов. По данным УЗИ изменения щитовидной железы выявлены в 39,7% случаев, из них узловые образования - в 11,1%,

кисты - в 4,8%, гиперплазия щитовидной железы – в 4,8%, диффузные изменения паренхимы – в 19,6%. Мочекаменная болезнь зарегистрирована у 12,7%, хронический пиелонефрит - у 3,2%, кистозные изменения – у 3,2%. Среди поражений сердечно-сосудистой системы наиболее часто регистрировались: артериальная гипертензия у 25% больных; ИБС – у 4,8%; пароксизмы фибрилляции предсердий – у 3,2%, экстрасистолия и нарушения проводимости по ЭКГ в 4,8% и 15,9% случаев соответственно. Выводы: Сочетание узловой эритемы, мочекаменной болезни, патологии щитовидной железы, спленомегалии, периферической лимфаденопатии, диффузных изменений печени по данным УЗИ при отсутствии анамнеза, сочетание данных проявлений с синдромом легочной диссеминации и внутригрудной лимфаденопатии помогает в постановке диагноза.

397. ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА САРКОИДОЗА ЛЕГКИХ В УСЛОВИЯХ ФТИЗИАТРИЧЕСКОГО УЧРЕЖДЕНИЯ.

Дайновец А. В.-1, Александрова Н.И.-2, Назаренко М.М.-3, Аветисян А.О.-4
СПб НИИ фтизиопульмонологии

Диагностика саркоидоза легких остается актуальной проблемой. В отделении торакальной хирургии и дифференциальной диагностики туберкулеза СПб НИИФ за 2,5 года обследовано 133 больных с лимфоаденопатией средостения (ЛАП) и диссеминированными процессами в легких (ДПЛ) с использованием малоинвазивных методов верификации диагноза у 67 человек (50,4%). Диагноз туберкулеза установлен всего в 56 случаях (42,1%), а саркоидоз у 46 больных (34,6%). У 7 человек (5,26%) диагностирован канцероматоз легких, у 3-х (2,25%) лимфогранулематоз, еще у 3-х больных (2,25%) экзогенный аллергический альвеолит, у 2-х (1,5%) верифицирован гистиоцитоз Х, у 2-х (1,5%) альвеолярный протеиноз, профессиональная патология доказана у 2 человек (1,5%). У 1 больного выявлен микобактериоз, в 1 случае – системный васкулит и т.д. Большинство больных на предыдущих этапах получали длительные курсы терапии по поводу туберкулеза или саркоидоза, диагностированных, как правило, клинико-рентгенологически.В диагностике использованы: Биопсия периферических лимфоузлов. Биопсия кожно-мышечного лоскута. Видеоторакоскопическая биопсия внутригрудных лимфоузлов, легкого, плевры с обязательным бактериологическим исследованием полученного материала. Малоинвазивные методы верификации диагноза безопасны для больного, обладают высокой информативностью, позволяют получить качественный гистологический материал и должны обязательно применяться в случае сомнений в этиологии ДПЛ и ЛАП средостения, а также после необоснованно длительных сроках пробной терапии при отсутствии рентгенологической динамики.

398. ВОЗМОЖНОСТИ ЧРЕЗБРОНХИАЛЬНОЙ БИОПСИИ В ДИАГНОСТИКИ САРКОИДОЗА ЛЕГКИХ 1 СТАДИИ

Рефицкая Н.В., Степаненко Т.А., Козак А.Р., Мещеряков С.А., Яблонский П.К.
ГМПБ №2, г. Санкт-Петербург

Цель: Сравнить информативность чрезбронхиальной биопсии в зависимости от степени выраженности лимфаденопатии средостения у пациентов с саркоидозом легких 1 стадии. Проведен анализ историй болезни 101 больного с гистологически верифицированным саркоидозом легких 1 стадии. На первом этапе обследования пациентам выполнялись физикальные методы, рентгенография органов грудной клетки, ФВД, лабораторные и ультразвуковые методы исследования, ЭКГ, компьютерная томография грудной клетки, фибробронхоскопия, чрезбронхиальная биопсия. При неинформативности материалов, полученных при чрезбронхиальной биопсии, диагноз верифицировался по данным видеоторакоскопии. Проведен анализ информативности чрезбронхиальной биопсии в

зависимости от различных факторов. Наиболее значимым диагностическим критерием оказались размеры внутригрудных лимфатических узлов. Больные были разделены на две группы в зависимости от степени лимфаденопатии. В I группу вошли пациенты с гиперплазией лимфатических узлов до 12 мм (n=23). Во II группу - пациенты с лимфаденопатией средостения больше 12 мм (n=78). Анализ полученных данных выявил достоверные различия в информативности чрезбронхиальной биопсии в I и II группах. Эпителиоидноклеточные гранулемы без некроза выявлены в 21% в I группе и в 69% случаев во II группе. Достоверность различия составила $p < 0,05$.
Заключение: При саркоидозе легких 1 стадии нередко встречаются эпителиоднолеточные гранулемы в легочной ткани, что позволяет верифицировать диагноз по данным чрезбронхиальной биопсии. В алгоритме диагностики лимфаденопатий средостения менее 12 мм выполнение чрезбронхиальной биопсии нецелесообразно. Для уточнения этиологии в этих случаях необходимо проведение хирургических методов с биопсией внутригрудных лимфатических узлов.

399. РЕЦИДИВЫ САРКОИДОЗА ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ У БОЛЬНЫХ ПРОЖИВАЮЩИХ НА ТЕРРИТОРИИ ОРЕНБУРГСКОЙ ОБЛАСТИ

Саликова Н. А.
Горбольница №4, Оренбург

Цель – определить достоверную частоту рецидивов, критерии риска реактивации. Среди всех форм саркоидоза частота 2 стадии составляет 62,5%. Для того, чтобы проверить частоту рецидивов, были взяты больные со 2 стадией. Больные были поделены на несколько категорий: 1группа со стабильным излечением, у которых в течение многих лет устойчивое нормальное самочувствие, нормальные лабораторных показатели и стабильная рентгенологическая картина более 6 лет; 2группа, у которых сохранялись артралгии, слабость, одышка имелись отклонения в ряде лабораторных данных. В 3 группе состояли больные с неопределенной активностью саркоидоза; имеющие отклонения в рентгенологической картине (ограниченный фиброз, увеличение внутригрудных лимфоузлов) и изменения лабораторных показателей. Всем больным 2 группы (с неопределённой активностью процесса) проводилась внутрилёгочная пункция. В случае обнаружения гранулемы – процесс считался активным, в случае отсутствия – неактивным. Оценивались пол, возраст, особенности дебюта заболевания (острое, подострое, латентно-текущее), лабораторные показатели, масса тела, сахарная кривая, показатели денситометрии. Частота рецидивов составила 11,4 % (19) от всего массива больных (167). В составе группы со 2 стадией рецидивы были отмечены у 68% женщин (13), у 10,5% мужчин (2). К рецидивам склонны женщины с колебаниями сахарной кривой. У пациентов с рецидивирующим течением показатели денситометрии достоверно отличались от таковой при стабильном излечении. ВЫВОДЫ: Проведённый анализ рецидивирующего течения саркоидоза в условиях Оренбургской области среди больных показывает, что к критериям риска рецидива саркоидоза следует относить:1.женский пол;2.повышенную массу тела;3. наличие сопутствующего сахарного диабета; 4.остеопороз;5.неполноценный курс стероидной терапии.

400. КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ САРКОИДОЗА У БОЛЬНЫХ ПРОЖИВАЮЩИХ НА ТЕРРИТОРИИ ОРЕНБУРГСКОЙ ОБЛАСТИ

Саликова Н. А.
Горбольница №4, Оренбург.

Цель работы - оценить проявления саркоидоза и результаты лечения больных, проживающих в Оренбургской области. Проведен анализ обстоятельств выявления, характера клинических проявлений и результатов лечения 198 больных саркоидозом.

Среди больных 152 женщины (76,8%) и 46 мужчин (23,2%). Из них 64,6% - лица в возрасте 40-50 лет, 20,7% - 30-39 лет, 14,6% - 51-60 лет. При выявлении стадия заболевания 0 (Hunninghake G. et al., 2000) у 1 (0,5%), I-у 64 (32,3%), II-у 120 (60,6%), III-у 11 (5,6%) и IV-у 2 (1%) больных. В стадиях 0-I соотношение мужчин и женщин - 1:2 (мужчин 22, женщин 43); в стадии II - 1:5 (мужчин 20, женщин 100); в стадии III – 1: 5 (мужчин 2, женщин 9). Со стадией IV оба больных - мужчины. Острое начало было у 33 (16,7%), подострое у 114 (57,6%), бессимптомное у 51 (25,6%). Заболевание выявлено методом флюорографии при профосмотре у 165 (83,3%) больных, 15 были направлены ревматологом, 12-венерологом, 6-терапевтом. При первичном обследовании диагноз установлен у 44,4% больных. Терапия преднизолоном проведена у 145 (73,2 %) больных, 53 (26,8%) со стадией 0-I преднизолон не получали. У 110 (55,6%) больных достигнуто клиническое излечение, у 34 (17,2 %) в первые 3 года после лечения отмечены рецидивы. У 65% больных, из числа обследованных установлен выраженный остеопороз.
ВЫВОДЫ: 76,8% больных саркоидозом - женщины 30-50 лет. Основной метод выявления - флюорография. При первичном обследовании диагноз устанавливается только у 44,4% больных, у 17,2% возникают рецидивы, что требует улучшения диагностики и терапии саркоидоза. К завершению курса лечения у 65% больных наблюдалось развитие остеопороза.

Табакокурение

401. РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ТАБАКОКУРЕНИЯ СРЕДИ БОЛЬНЫХ ХОБЛ ЛЕГКОЙ И СРЕДНЕЙ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ

Тулегенова Л.М.
Казахский Национальный медицинский университет им.С.Д.Асфендиярова кафедра последипломной подготовки, г.Алматы, РК.

Цель работы изучить распространенность табакокурения у больных ХОБЛ легкой и средней степени тяжести. Проведено обследование по методическим рекомендациям № 2002/154 «Комплексное лечение табачной зависимости и профилактика ХОБЛ, вызванной курением табака» МЗ РФ НИИ пульмонологии/ Чучалин А.Г., Сахарова Г.М., Антонов Н.С. и др., Москва 2003 г. Обследовано 87 мужчин с ХОБЛ легкой и средней степени тяжести, средний возраст – 51,1±13,4 года. Результаты: курит 66% мужчин, стаж курения составил в среднем 27,5 лет±10,5, количество сигарет, выкуриваемых за день 15,6±4,2, индекс курения 187,5±50,1, анамнез курения 21,4±9,6. Группа “злостных курильщиков”, то есть с индексом более 200, составила 33%. Имеется тесная корреляционная связь по тесту Фагерстрома с «индексом курения» и «анамнезом курения». По статусу курения пациентов разделили на 4 категории: 1. Постоянно курящие пациенты, твердо желающие бросить курить - 2 человека, по тесту Фагерстрома больше 7 баллов. 2. Постоянно курящие пациенты, не желающие бросить курить, но не отвергающие такую возможность в будущем – 32 человека, по тесту Фагерстрома 4-6 баллов. 3. Постоянно курящие пациенты, отвергающие возможность бросить курить – 46 человек, по тесту Фагерстрома меньше баллов. 4. Пациенты, которые курят не регулярно – 7 человек. Все лица из категории «злостных курильщиков» вошли в третью группу. Пациентов с высокой мотивацией отказа от курения направили к специалисту психологу.
Пациентам 2-ой группы была проведена короткая лечебная программа – 2 месяца. В результате удалось снизить интенсивность курения и степень никотиновой зависимости в среднем в 1,5 раз. Выводы: имеется высокий уровень табакокурения среди больных ХОБЛ – 66%, при этом 33% составила группа «злостных курильщиков».

402. ОПЫТ ИЗУЧЕНИЯ СТАТУСА КУРЕНИЯ И ВОЗМОЖНОСТИ ОТКАЗА ОТ ТАБАКОКУРЕНИЯ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ПЫЛЕВЫМ БРОНХИТОМ.

Сахарова Г.М.-1, Антонов Н.С.-1, Мокина Н.А.-2, Капишников П.А.-3
НИИ Пульмонологии Росздрава, Москва-1, Самарский государственный медицинский университет-2, ММУ МСЧ№5, Самара-3

Цель: Изучить особенности статуса и возможности отказа от табакокурения у больных хроническим пылевым бронхитом (ХПБ).
Материал и методы: из 47 пациентов с диагнозом ХПБ (24 муж. и 23 жен.) 30% курили, 11% были экс-курильщиками, 59%-никогда не курили. Применен комплексный тест НИИ Пульмонологии Росздрава, проведена спирометрия+тест с бронхолитиком, беседа врача, никотинзаместительная терапия (НЗТ) ж/р Никоретте (2/4 мг), бронхолитик (формотерол).
Результаты: Исходная спирометрия у некурящих и экс-курильщиков: ОФВ1 74%, ФЖЕЛ 67%, ПСВ 65%, тест с бронхолитиком по ОФВ1 (+10%). Исходная спирометрия у курящих (К): ОФВ1 63%, ФЖЕЛ 53%, ПСВ 64%, проба с бронхолитиком (+8%). ИК 19 пачка-лет, при слабой никотиновой зависимости и мотивации к отказу от курения. Мотивация к курению: поддержка при нервном напряжении у 100%, с желание получить стимулирующий эффект у 67%, сильное желание курить у 67%, потребность манипулировать сигаретой у 33%, привычка и желание получить расслабляющий эффект у 25%. На фоне НЗТ удалось снизить число сигарет/сутки в 2,3 раза. Повторная спирометрия у К: ОФВ1(+5%), ФЖЕЛ(-1%), ПСВ(-5%). Общее улучшение самочувствия отметили 72% пациентов, ухудшение – 14%, без изменений – 14%. Выразили желание продолжать короткую лечебную программу 93% пациентов.
Заключение: Показатели спирометрии у К с диагнозом ХПБ ниже в среднем на 9%, чем у некурящих и экс-курильщиков с диагнозом ХПБ. Статус курения у больных ХПБ характеризуется высоким ИК при слабой мотивации к отказу от курения и преобладанием использования табакокурения для снижения нервного напряжения и получения стимулирующего эффекта. После снижения суточной интенсивности табакокурения отмечается некоторое снижение показателей спирометрии, при общем улучшении самочувствия у большинства больных.

403. ЭЛАСТАЗОПОДОБНАЯ И АНТИПРОТЕИНАЗНАЯ АКТИВНОСТЬ СЫВОРОТКИ КРОВИ ПРИ ВНУТРИУТРОБНОЙ ПНЕВМОНИИ У ДЕТЕЙ, РОЖДЕННЫХ ТАБАКОЗАВИСИМЫМИ ЖЕНЩИНАМИ.

Гунько Ю.В., Яровая Г.А., Ахмина Н.И., Нешкова Е.А.
ГОУ ДПО Российская медицинская академия последипломного образования, Москва

Цель: оценить активность системы эластаза/ингибиторы в сыворотке крови при врожденной пневмонии у новорожденных детей, внутриутробно подвергшихся воздействию компонентов табачного дыма.
Материалы исследования: обследовано 37 доношенных новорожденных ребенка с врожденной пневмонией. Дети, вошедшие в I группу (21 ребенок), родились от женщин, активно куривших на протяжении беременности. II группу составили 16 детей, рожденных женщинами, не имеющими вредных привычек. У всех детей исследовали активность лейкоцитарной эластазы (ЛЭ), α1-протеиназного ингибитора (α1-ПИ) и α2-макроглобулина (α2-МГ) в сыворотке крови - в начальный период заболевания (2-5 сутки), период разгара (9-12 сутки) и реконвалесценции (16-21 сутки).
Результаты: У детей I группы активность ЛЭ на протяжении всего заболевания находилась на более высоком уровне, по сравнению с группой II ($p<0.05$), достигая максимума в период разгара - 221,64±27,4 мЕ/мл. Активность α1-ПИ, на фоне резко возросшей эластазоподобной активности сыворотки крови, в начальный период заболевания и период реконвалесценции была значительно ниже, чем во II группе ($p<0,05$), несколько возрастая только к 9-12 суткам жизни. Статистически значимое увеличение активности α2-МГ наблюдалось на стадии выздоровления.

Заключение: у новорожденных детей, внутриутробно подвергшихся воздействию компонентов табачного дыма, течение врожденной пневмонии характеризуется функциональным дефицитом α1-ПИ, на фоне резко возрастающей активности ЛЭ. Стойкое нарушение соотношения активности ЛЭ/α1-ПИ к периоду разрешения пневмонии, позволяет отнести эту категорию детей в группу высокого риска по формированию хронической патологии легких в дальнейшем.

404. ЦИТОМОРФОЛОГИЧЕСКИЕ И ФИЗИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ БАЗАЛЬНОГО ТРАХЕОБРОНХИАЛЬНОГО СЕКРЕТА ПРИ ТАБАКОКУРЕНИИ, ХРОНИЧЕСКОМ БРОНХИТЕ И ХОБЛ.

Добрых В. А., Медведева Е.В., Фролова Е.А.,.Гнатюк О.П, Овчаренко С.И., Кортелев В.В
Дальневосточный государственный медицинский университет, Хабаровск

Цель: Оценка цитоморфологических (Ц) и физических параметров (ФП) базального трахеобронхиального секрета (БТС) при табакокурениии (Т), хроническом бронхите (ХБ) и ХОБЛ Методы : Обследованы 35 некурящих , 62 курящих волонтера, 42 курящих пациента с ХБ и 47 пациентов с ХОБЛ 2-3 стадии . Образцы БТС получали с помощью оригинальной «фарингеальной ловушки». ФП ТС изучали микрометодом «утоньчающейся нити» и посредством микроадгезиометра. Ц свойства ТС исследовали методом микроскопии мазка. Результаты: При асимптомном Т и ХБ в зависимости от индекса курения (ИК) и показателя пачко-лет (ПЛ) начиная с их минимальных значений в цитограмме выявлено прогрессирующее снижение содержания альвеолярных макрофагов (АМ) и нарастание нейтрофильных и эозинофильных гранулоцитов (Г) . Коэффициент корреляции с величиной ИК составил для АМ – –0,73, для Г – 0,63, а с величиной ПЛ, соответственно –0,65 и 0,52. ($p < 0,01$). Достоверной связи концентрации клеток в БТС и показателей ИК и ПЛ не было выявлено (r соответственно 0,20 и 0,22). Коэффициент Г / АМ составил в среднем для здоровых некурящих лиц –0,28, при асимптомном Т –0,44, при Т с симптоматикой ХБ – 0,67, при ХОБЛ вне обострения- 1,9, при обострении ХОБЛ– 3,7. Различия коэффициента Г/АМ между всеми группами были достоверными ($p<0,01$). Концентрация клеток в ТС не различалась ни в одной из групп за исключением ее повышения при обострении ХОБЛ. Величина адгезивности БТС достоверно коррелировала с уровнем ПЛ ($r =0,23$ ($p< 0,05$). Вязкость , упругость , физическая неоднородность БТС не были связаны с ИК и ПЛ. Заключение: Изменение соотношения Г и АМ в БТС при воздействии Т и формировании ХБ и ХОБЛ является более чувствительным индикатором воспалительного процесса, чем ФП секрета.

405. ВЛИЯНИЕ КУРЕНИЯ НА ВЕГЕТАТИВНУЮ НЕРВНУЮ СИСТЕМУ (ВНС) У БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ (БА).

Баранова О.А., Трофимов В.И., Марченко В.Н., Шапорова Н.Л., Александрин В.А.
СПбГМУ им.акад.И.П.Павлова

Было обследовано 336 некурящих больных БА (М-155:Ж-131), 95 курящих больных БА (55:40) и 223 здоровых некурящих пациента (90:133). Все пациенты с БА имели среднетяжелое течение заболевания и были обследованы в фазе затихающего обострения. Средний возраст здоровых составил 26 ± 2,7 лет, у больных БА (некурящих) 32,1 ± 4,5 года, у больных БА (курящих) 33 ± 5,8 года. Анализировали активность симпатического (LF), парасимпатического (HF) контуров регуляции, симпато-вагусный баланс (LF/HF), объем форсированного выдоха за первую секунду (FEV1) и PaO2. Установлено, что среди больных БА число курящих пациентов составляло 22 %. В обеих группах пациентов с БА имелось достоверное снижение LF, HF, FEV1, PaO2 и увеличение LF/HF ($p<0,04$). У курящих больных БА по сравнению с некурящими отмечено снижение LF (-8%), HF (-33%), FEV1 (-9%) и увеличение LF/HF на 46 %. По уровню PaO2 больные БА обеих групп

не различались между собой (p>0,05). По LF/HF все группы были гетерогенны. Во всех группах и здоровых и больных БА преобладали пациенты с эутоническим типом регуляции. У здоровых лиц число пациентов с симпатикотоническим и парасимпатическим типом регуляции встречались в равных количествах. У некурящих больных БА число лиц с симпатикотонией было в 2 раза больше, чем лиц с парасимпатикотонией. У курящих БА число лиц с симпатикотонией было в 6 раз больше, чем пациентов с парасимпатическим типом регуляции. Установлена достоверная отрицательная корреляционная связь между FEV1 и LF/HF во всех группах исследованных. Таким образом, показано, что курение оказывает существенное отрицательное влияние не только на показатель FEV1, но и на сегментарный уровень вегетативной нервной системы, нарушая механизмы нейровегетативной регуляции и способствуя утяжелению течения бронхиальной обструкция.

406. ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ ВЫБОРА АНТИТАБАЧНОЙ ПРОГРАММЫ

Осипов А.Г., Разумов А.С., Гуляева Е.Н., Ликстанов М.И.
Городская клиническая больница № 3 им. Подгорбунского г. Кемерово

В исследование было включено 160 курящих пациентов. Лечение никотиновой зависимости проводилось по 4 программам (по 40 человек в каждой группе): I - беседы врача, никотинзаместительная терапия (НЗТ), иглорефлексотерапия (ИРТ), II - беседы врача и НЗТ, III - беседы врача и ИРТ, IV - беседы врача. Изучалось состояние вегетативного статуса (вариабельность сердечного ритма). Наибольший процент рецидива курения был выявлен в течение первых двух недель лечения - 35%. Причиной явилось развитие синдрома отмены. В период развития синдрома отмены отмечалось резкое преобладанием в вегетативной регуляции деятельности сердечно-сосудистой системы симпатического тонуса. Это проявлялась достоверным повышением амплитуды моды, индекса напряжения, индекса вегетативного равновесия, показателя адекватности процессов регуляции со снижением среднеквадратичного отклонения и коэффициента вариации. Среди программ воздействия более эффективным оказалось применение НЗТ, которое сопровождалось отказом от курения в 56,25% случаев. При этом выраженность терапевтического эффекта увеличивалась у лиц с высокой степенью никотиновой зависимости. Воздействие без НЗТ привело к отказу о курения в 46,75% случаев. Применение НЗТ у лиц с невысокой степенью никотиновой зависимости не имело преимуществ перед другими методиками, при этом ранний отказ от НЗТ повышал шанс рецидива курения. Сочетание высокой степени никотиновой зависимости и небольшого стажа курения являлось неблагоприятным фактором отказа от курения. У лиц с низкой вариабельностью сердечного ритма (ригидным ритмом) эффективность предложенных мер воздействий оказалась крайне низкой.

407. ИЗУЧЕНИЕ МОТИВАЦИИ ОТКАЗА ОТ КУРЕНИЯ И РЕАЛЬНАЯ ГОТОВНОСТЬ К УЧАСТИЮ В АНТИНИКОТИНОВЫХ ПРОГРАММАХ

Осипов А.Г., Разумов А.С., Вострикова Е.А., Багрова Л.О., Ликстанов М.И.
Кемеровский городской пульмонологический центр

Проведено анкетирование 1636 работающих мужчин и 668 женщин в возрасте от 17 до 80 лет. Частота курения среди мужчин 70,1%, у женщин – 25,7%. Знают о вредном воздействии курения на здоровье 100% опрошенных. Среди опрошенных курильщиков желали бы бросить курить, если это было легко, 72,2% мужчин и 95,3% женщин. На вопрос в анкете – «я однозначно хочу бросить курить» – утвердительно ответили 176 курильщика. На предложение принять участие в непосредственной программе отказа от курения - откликнулось 3 человека. Через год был проведен телефонный опрос

респондентов с высокой мотивацией отказа от курения. Выяснено: у 39 из 142 опрошенных курильщиков в течение прошедшего года была хотя бы одна попытка отказаться от курения. Только у 2 человек она оказалась успешной. Во время проведения скрининга изучалась группа лиц ранее куривших (14 мужчин и 40 женщин). Выяснялись мотивы, побудившие их к такому решению. У мужчин мотивы отказа от курения: риск развития или перенесенный инфаркта миокарда – 50%, развитие язвенной болезни желудка - 14,3%, появление интенсивной одышки – 21,4%, затрудняются ответить - 14,3%. У женщин: 55% - беременность, желание выглядеть более привлекательной – 32,5%, появление интенсивной одышки – 7,5%, риск развития или перенесенный инфаркта миокарда – 2,5%, затрудняются ответить - 2,5%. Вывод: риск развития болезни и сама болезнь является наиболее важным мотивом отказа от курения. Для женщин наиболее важным мотивом к отказу от курения является беременность.

408. ФАКТОРЫ РИСКА ТАБАКОКУРЕНИЯ СРЕДИ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ.

Левина Т.В., Краснова Ю.Н., Дзизинский А.А.
ГОУ ДПО ИГИУВ РОСЗДРАВА

Цель: Оценить факторы риска табакокурения среди медицинских работников.
Материалы и методы: Опрошено 2417 медицинских работников Иркутской области с помощью анкеты, разработанной на основе раздела опросника CORSQ (1/M) о наличии, длительности и интенсивности табакокурения, дополненной тестом Фагерстрема. Средний возраст опрошенных составил 41,9±11,9 лет. Средний медицинский стаж - 17,6±11,6 лет. Были выделены 2 группы: 1-курящие медицинские работники (n=706 человека) и 2-некурящие медицинские работники (n=1292 человека). Относительный риск табакокурения определялся в логистическом регрессионном анализе. Оценивался коэффициент OR (odd ratio), отношение шансов и 95%-ый доверительный интервал (95%CI).
Результаты: Достоверными факторами риска табакокурения среди медицинских работников являются мужской пол (OR=5,5; 95% CI:4,17-7,27), работа в отделении интенсивной терапии (OR=4,46; 95% CI: 3,00-6,65), наличие дежурств в ночную смену (OR=2,91; 95% CI: 2,4-3,54), работа на станции скорой медицинской помощи (OR=2,34; 95% CI: 1,68-3,27), медицинский стаж более 5 лет (OR=2,0; 95% CI: 1,51-2,63), работа в хирургическом отделении (OR=1,9; 95% CI: 1,53-2,36), возраст 30-39 лет (OR=1,7; 95% CI: 1,37-2,12).
Заключение: Наиболее значимыми факторами риска табакокурения среди медицинских работников являются мужской пол, работа в ОИТ, наличие ночных дежурств, работа на станции скорой медицинской помощи, в хирургических отделениях, медицинский стаж более 5 лет, возраст от 30 до 39 лет.

409. РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ТАБАКОКУРЕНИЯ СРЕДИ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ.

Левина Т.В., Краснова Ю.Н., Дзизинский А.А.
ГОУ ДПО ИГИУВ РОСЗДРАВА

Цель: изучить распространенность табакокурения среди медицинских работников Иркутской области. Материалы и методы: Опрошено 2417 медицинских работников Иркутской области с помощью анкеты, разработанной на основе раздела опросника CORSQ (1/M) о наличии, длительности и интенсивности табакокурения, дополненной тестом Фагерстрема. Среди опрошенных было 15,4% мужчин, 84,6% женщин. Врачи составили 47,8%, средний медицинский персонал-38,9%, младший медицинский персонал-13,6%. Средний возраст опрошенных-41,9±11,9 лет. Средний медицинский

стаж-17,6±11,6 лет. Статистическая обработка результатов производилась с помощью пакета программ STATISTICA 6.0. Результаты: Активными курильщиками являются 29,2% медицинских работников, экс-курильщиками-17,3% и некурящими-53,5%. Средний возраст начала курения составил 20,7±6,5 лет. Среди врачей распространенность курения составила 26,3%, среди среднего медицинского персонала-29,5%, среди младшего медицинского персонала-38,7% ($p<0,0001$). Активными курильщиками в ОИТ являются 58,4%, на станции скорой медицинской помощи (ССМП)-45,4%, в терапевтических отделениях-21% ($p<0,0001$). Частота активного табакокурения среди мужчин-55,4%, среди женщин-24,4% ($p<0,0001$). Доля курильщиков до 30 лет среди мужчин составила 61,6%, среди женщин-35,7%. Средний индекс курения среди активных курильщиков 9,5(5;18) пачко/лет, среди экс-курильщиков-4(1,5;9) пачко/лет. Средний коэффициент никотиновой зависимости среди курильщиков 3,7±2,2. У активных курильщиков, отмечающих респираторные симптомы (30,7%), индекс курения составил 13,5(6,8; 27) пачко/лет, у экс-курильщиков-11,125(6; 16,625) пачко/лет ($p<0,0001$).
Заключение: Выявлена высокая распространенность табакокурения среди медицинских работников, особенно в возрасте до 30 лет, работающих в ОИТ и на ССМП.

410. ПРЕДИКТИВНЫЙ ВКЛАД ТАБАКОКУРЕНИЯ В ФОРМИРОВАНИЕ НАРУШЕНИЙ МУКОЦИЛИАРНОГО КЛИРЕНСА У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ НЕОБСТРУКТИВНЫМ БРОНХИТОМ

Одиреев А.Н., Пирогов А.Б., Лукьянов И.Н., Ермолаев А.А.
ГУ Дальневосточный научный центр физиологии и патологии дыхания СО РАМН, Благовещенск

Цель: Изучить особенности функционирования мукоцилиарного клиренса (МЦК) у больных хроническим необструктивным бронхитом (ХНБ) в зависимости от длительности и интенсивности курения; установить степень выраженности обратимости измененного МЦК под влиянием стандартной терапии. Методы исследования: Спирография и исследование МЦК методом пульмоносцинтиграфии выполнены 62 курящим больным ХНБ в период обострения и в динамике лечения через три недели стандартной терапии. В 1-й группе находилось 16 больных с длительностью курения от 1 года до 3 лет; во 2-й группе (22 пациента) – от 3 до 5 лет; в 3-й группе (24 больных) – от 5 до 10 лет. Учитывали индекс курящего человека (ИК). Результаты: Снижение МЦК при практически отсутствии нарушений бронхиальной проходимости выявлено у 82,3% больных ХНБ. Установлена обратная зависимость между увеличением ИК и снижением МЦК у больных в 3-й ($r=-0,57$; $p<0,01$) и 2-й ($r=-0,45$; $p<0,05$) группах. После лечения показатели МЦК в целом в исследуемых группах достоверно повысились ($p<0,05$), однако у 62,9% больных параметры МЦК оставались сниженными. Наиболее низкая обратимость МЦК выявлена у больных в 3-й и 2-й группах. Заключение: У большинства курящих больных ХНБ на фоне скрыто протекающих нарушений функции внешнего дыхания формируется снижение МЦК, степень выраженности которого коррелирует с длительностью и интенсивностью табакокурения. Обратимость измененного МЦК под влиянием стандартной терапии находится в обратной зависимости от длительности и интенсивности табакокурения.

411. КУРЕНИЕ И ЕГО ВЛИЯНИЕ НА СОСТОЯНИЕ ПОЛ В ПОДРОСТКОВОМ ПЕРИОДЕ

Ахметгалеева И. Р., Потапова Н.Л., Жепхолова Т.Н., Вологдина Н.Ю., Афанасьева М.В., Бадмаева О.В., Горский П.О., Зверев Л.А.
ГОУ ВПО Читинская государственная медицинская академия

Цель – оценить статус курения и показатели ПОЛ у старшеклассников.

Методы исследования: Проведено анкетирование 64 учащихся 9-11 классов г. Читы для оценки статуса курения. На основе анкетных данных были составлены две группы для оценки показателей ПОЛ и антиокислительной активности в конденсате выдыхаемого воздуха: курящие подростки – 9 человек и некурящие – 8 человек. Исследуемые группы были сопоставимы по полу и возрасту. Оценивали следующие показатели: диеновые коньюгаты, кетодиены и сопряженные триены, антиокислительная активность в изопропанольной фазе. Результаты: Положительно на вопрос об активном курении ответили 43% опрошенных детей. Средний стаж курения составил 1,3, а среднее число выкуриваемых сигарет за сутки 9,4. Среди мотиваций к курению преобладали сильное желание курить и курение при нервном перенапряжении (33% и 29,9%, соответственно). Для подростков характерна слабая и сильная зависимость от курения. При этом среди курящих преобладало слабое желание бросить курить. Оценка показателей ПОЛ выявила тенденцию к повышению первичных продуктов перекисного окисления липидов у курящих старшеклассников по сравнению с некурящими. Нами была выделена группа детей, выкуривающих в день 10 сигарет и более. Антиокислительная активность в данной группе была достоверно выше и составила 4,4±0,07 по сравнению с некурящими подростками – 4,1± 0,01. Вероятно, это свидетельствует о компенсаторной активации антиоксидантной системы в ответ на курение ($p<0,05$). Выводы: Более трети обследованных подростков курят сигареты. Не смотря, на короткий стаж у них формируется психологическая зависимость. У курящих детей выявляется дисбаланс в системе ПОЛ – антиоксиданты, проявляющийся увеличением продуктов перекисного окисления липидов и антиокислительной активности.

Туберкулез

412. ПУТИ РАННЕГО ВЫЯВЛЕНИЯ И ДИАГНОСТИКИ ТУБЕРКУЛЕЗА ЛЕГКИХ СРЕДИ СПЕЦКОНТИНГЕНТА СЛЕДСТВЕННОГО ИЗОЛЯТОРА.

Чернышев С.И., Аксенова К.И., Мишин В.Ю.
Следственный изолятор №1 г. Москвы., кафедра фтизиатрии МГМСУ

Целью исследования является оптимизация раннего выявления и диагностики туберкулеза легких среди заключенных в следственных изоляторах для своевременной изоляции их от здоровых заключенных и прерывания внутрикамерной суперинфекции. Для своевременного выявления патологии в легких заключенные, поступившие в следственный изолятор (СИЗО), проходят обязательное флюорографическое исследование в течение трех дней с момента поступления, а затем каждые шесть месяцев. Нами были проанализированы результаты первого флюорографического исследования у 8200 заключенных при поступлении в СИЗО №1 в течении 2005 года. Патология в легких была выявлена флюорографически у 1145 человек, что составляет 12,7% от всех исследований. На флюорограммах активный туберкулез легких заподозрен у 27,5% человек, неактивный туберкулез у 4,3%, остаточные посттуберкулезные изменения у 34,4% человек. Неспецифическая патология выявлена флюорографически у 33,8% заключенных. Для уточнения характера патологии в легких, выявленных ФЛГ, заключенным проводится рентгено-томографическое исследование в течении последующих двух дней. Лица с активным туберкулезом и посттуберкулезными изменениями направлялись в туберкулезный стационар СИЗО №1, а заключенные с неспецифической патологией в легких направлялись в терапевтический стационар. Методы ранней диагностики в туберкулезном стационаре проанализированы у 115 больных. Клинический состав больных оказался следующим: очаговый туберкулез-32,3%; инфильтративный- 34,5%; диссеминированный- 18,5%; туберкулома- 4,9%; экссудативный плеврит- 6,2%; фиброзно-кавернозный-3,6%. Согласно рекомендациям ВОЗ основным методом ранней диагностики

туберкулеза является трехкратное исследование мазка мокроты на наличие микобактерий туберкулеза (МБТ) методом микроскопии. При этом диагноз туберкулеза не вызывает сомнений при наличии двух и более положительных мазков мокроты на МБТ. Всем больным при поступлении в противотуберкулезный стационар проводилось трехкратное исследование мазков мокроты на МБТ методом микроскопии и посева. Двухкратное обнаружение микобактерий туберкулеза в мазках мокроты методом микроскопии было только у 5,2% больных. У 27,8% больных микобактерии туберкулеза были выявлены только в одном из трех исследованных мазков мокроты. У этой категории больных ранняя диагностика туберкулеза была возможна только при наличии рентгенологических изменений, характерных для активного туберкулеза. У остальных 39,2% больных окончательный диагноз туберкулеза был подтвержден через 2-2,5 месяца бактериологически. У 27,8% больных диагноз туберкулеза не был подтвержден микробиологическими методами исследования и основывался на клинико-рентгенологических данных и положительной динамики на фоне лечения противотуберкулезными препаратами. Выводы: 1. Флюорографический метод обследования заключенных в следственном изоляторе является основным методом раннего выявления туберкулеза легких. Это позволяет своевременно изолировать их от здоровых заключенных и предотвращает внутрикамерную суперинфекцию, что благоприятно сказывается на эпидемиологической ситуации в тюрьмах.
2. Ранняя диагностика туберкулеза у контингентов с флюорографической патологией в легких методом бактериоскопии трех последовательно взятых мазков мокроты на микобактерии туберкулеза (МБТ) была возможна только у 5,2% заключенных. Данный малый процент двух положительных мазков мокроты требует изучить причины низкой результативности этого микробиологического метода исследования в СИЗО.

413. О ПОДХОДАХ К ЛЕЧЕНИЮ «ВИРАЖА» ТУБЕРКУЛИНОВЫХ ПРОБ У ДЕТЕЙ

Валиев Р.Ш.
ГОУ ДПО «Казанская государственная медицинская академия ФАЗ и СР», г.Казань

В настоящее время при наличии «виража» туберкулиновой пробы, симптомов туберкулезной интоксикации и/или увеличения внутригрудных или других лимфоузлов детям устанавливается диагноз «ранняя туберкулезная интоксикация», туберкулез внутригрудных (или периферических) лимфоузлов. При этом назначается терапия не менее, чем тремя АБП с учетом возможной первичной и профилактики развития вторичной устойчивости к противотуберкулезным препаратам. При выявлении виража туберкулиновой пробы, т.е. при отсутствии клинических и рентгенологических, в том числе рентгенокомпьютерных признаков туберкулеза в подавляющем большинстве случаев назначается химиопрофилактика изониазидом, реже двумя АБП при известном контакте. Таким образом, складывается пародоксальная ситуация. При явных признаках внедрения туберкулезной инфекции в организм ребенка, который мы назвали «туберкулез неизвестной локализации» и вероятности первичной устойчивости к изониазиду примерно в 30% случаев фактически проводится монотерапия одним препаратом. При этом в каждом третьем случае можно ожидать дальнейший рост устойчивости и развития локальных форм туберкулеза, в остальных случаях временный эффект с формированием лекарственной устойчивости. В случаях терапии двумя АБП также в трети случаев формируется уже вторичная устойчивость к другому АБП. В итоге при существующем подходе к проведению химиопрофилактики при инфицировании туберкулезом детей в течение последних десятилетий сформировался и продолжает формироваться контингент населения с устойчивостью минимум к изониазиду, что в последующем приводит к возникновению туберкулеза с первичной лекарственной устойчивостью к основным противотуберкулезным препаратам. Для устранения этого механизма формирования

устойчивости необходим дифференцированный подход к проведению химиотерапии латентной туберкулезной инфекции у детей с использованием не менее трех АБП под контролем медицинских работников. Кроме этого необходимо рассмотреть вопрос о замене термина «вираж туберкулиновой пробы» на термин «туберкулез неизвестной локализации».

414. ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОМБИНИРОВАННОГО ПРЕПАРАТА ЛОМЕКОМБ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ВПЕРВЫЕ ВЫЯВЛЕННЫХ БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЁЗОМ ЛЁГКИХ.

Мишин В.Ю., Кононец А.С., Мохирева Л.В., Комиссарова О.Г., Наумова А.Н., Голубева Л.И., Хорошилова Н.Е.
ЦНИИТ РАМН, МГМСУ, ФСИН МЮ РФ, г. Москва

Цель: оценка эффективности комбинированного препарата ЛОМЕКОМБ при лечении впервые выявленных больных туберкулёзом лёгких в сравнительном аспекте со стандартным режимом химиотерапии. **Материалы и методы**. Под наблюдением находилось 24 больных деструктивным туберкулёзом лёгких с бактериовыделением, которые лечились комбинированным препаратом ЛОМЕКОМБ (ломефлоксацин, изониазид, пиразинамид, этамбутол и пиридоксина гипохлорид) и канамицином (1-я группа). 2-ю группу сравнения составили 25 больных, которые лечились I стандартным режимом химиотерапии (изониазид, рифампицин, пиразинамид и этамбутол). Лекарственная устойчивость была у больных 1-й группы в 62% и у больных 2-й – в 66,7% случаев. В 1-й группе монорезистентность была у 25%, устойчивость к изониазиду и другим основным препаратам – у 20,8%, устойчивость к рифампицину и другим препаратам – у 12,5% и множественная устойчивость у 4,2% больных. Во 2-й группе эти показатели были соответственно: 20%, 24%, 12% и 4%. **Результаты**. Прекращение бактериовыделения через 3 мес. лечения у больных 1-й группы было достигнуто у всех 24 пациентов, а во 2-й группе только – у 72%. Побочные реакции в 1-й группе установлены у 6, а во 2-й – у 7 пациентов. **Заключение**. Использование комбинированного препарата ЛОМЕКОМБ у впервые выявленных больных деструктивным туберкулёзом лёгких позволяет существенно повысить эффективность лечения по показателю прекращения бактериовыделения и преодолеть высокий уровень лекарственной устойчивости к противотуберкулёзным препаратам основного ряда, по сравнению со стандартным I режимом химиотерапии.

415. ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОМБИНИРОВАННОГО ПРЕПАРАТА ПРОТИОКОМБ ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ РЕЦИДИВАМИ ТУБЕРКУЛЁЗА ЛЁГКИХ.

Мишин В.Ю., Кононец А.С., Мохирева Л.В., Комиссарова О.Г., Наумова А.Н., Голубева Л.И., Хорошилова Н.Е.
МГМСУ, ФСИН МЮ РФ, г. Москва

Цель: оценка эффективности комбинированного препарата ПРОТИОКОМБ при лечении больных рецидивами туберкулёза лёгких в сравнительном аспекте со стандартным режимом химиотерапии. **Материалы и методы**. Под наблюдением находилось 23 больных рецидивами деструктивного туберкулёза лёгких с бактериовыделением, которые лечились комбинированным препаратом ПРОТИОКОМБ (ломефлоксацин, протионамид, пиразинамид, этамбутол и пиридоксина гипохлорид) и канамицином (1-я группа). 2-ю группу сравнения составили 33 больных, которые лечились IIа стандартным режимом химиотерапии (изониазид, рифампицин, пиразинамид, этамбутол и стрептомицин). Лекарственная устойчивость была у больных 1-й группы в 82,6% и у больных 2-й – в 81,8% случаев. В 1-й группе монорезистентность была у 8,7%, устойчивость к изониазиду и другим основным препаратам – у 34,7%, устойчивость к рифампицину и другим

препаратам – у 13,1% и множественная устойчивость у 26,1% больных. Во 2-й группе эти показатели были соответственно: 9,1%, 36,4%, 12,1% и 24,2%. **Результаты**. Прекращение бактериовыделения через 3 мес. лечения у больных 1-й группы было достигнуто у 87% пациентов, а во 2-й группе только – у 42,4%. Побочные реакции в 1-й группе установлены у 7, а во 2-й – у 9 пациентов. **Заключение**. Использование комбинированного препарата ПРОТИОКОМБ у больных рецидивами туберкулёза лёгких позволяет существенно повысить эффективность лечения по показателю прекращения бактериовыделения и преодолеть высокий уровень лекарственной устойчивости к противотуберкулёзным препаратам основного ряда, по сравнению со IIа режимом химиотерапии.

416. ЭФФЕКТИВНОСТЬ IIБ СТАНДАРТНОГО РЕЖИМА ХИМИОТЕРАПИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ РЕЦИДИВАМИ ТУБЕРКУЛЁЗА ЛЁГКИХ.

Мишин В.Ю., Кононец А.С., Комиссарова О.Г., Наумова А.Н., Мякишева Т.В., Голубева Л.И., Хорошилова Н.Е. Садовский А.И., Нагорная Е.Д, Шевчук Е.Ю.
ЦНИИТ РАМН, МГМСУ, ФСИН МЮ РФ, г. Москва

Цель: оценка эффективности IIб стандартного режима химиотерапии при лечении больных рецидивами туберкулёза лёгких в сравнительном аспекте с IIа стандартным режимом химиотерапии. **Материалы и методы**. Под наблюдением находилось 76 больных с рецидивом деструктивного туберкулёза лёгких с бактериовыделением, которые лечились по IIб режиму химиотерапии (изониазид, пиразинамид, этамбутол, офлоксацин и канамицин) (1-я группа). 2-ю группу сравнения составили 74 больных, которые лечились IIа стандартным режимом химиотерапии (изониазид, рифампицин, пиразинамид, этамбутол и стрептомицин). Вторичная лекарственная устойчивость выявлена у 80% больных, при этом устойчивость к изониазиду была у 90%%, к рифампицину – у 76,7%, к этамбутолу – у 42% и к стрептомицину – у 90%. Множественная устойчивость определялась у 32% пациентов. **Результаты**. Прекращение бактериовыделения по микроскопии мазка мокроты через 4 мес. химиотерапии у больных 1-й группы определялась в 83,3% случаев, в то время как у больных 2-й группы только у 36,6% пациентов. Нежелательные эффекты химиотерапии по IIб режиму химиотерапии установлены в 26,7% случаев, по IIа – в 24,3% случаев. При этом неустранимые побочные реакции были у 5,3% больных 1-й группы и у 7,1% - 2-й группы. **Заключение**. У больных с рецидивами деструктивного туберкулёза лёгких с бактериовыделением и высоким уровнем вторичной лекарственной устойчивости эффективным и оптимальным является только IIб режим химиотерапии. IIа режим химиотерапии является абсолютно не эффективным и не должен применяться для лечения больных рецидивами туберкулёза лёгких.

417. ЭФФЕКТИВНОСТЬ IIБ СТАНДАРТНОГО РЕЖИМА ХИМИОТЕРАПИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ВПЕРВЫЕ ВЫЯВЛЕННЫХ БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЁЗОМ ЛЁГКИХ.

Мишин В.Ю., Кононец А.С., Комиссарова О.Г., Наумова А.Н., Мякишева Т.В., Голубева Л.И., Хорошилова Н.Е. Садовский А.И., Шевчук Е.Ю.
ЦНИИТ РАМН, МГМСУ, ФСИН МЮ РФ, г. Москва

Цель: оценка эффективности IIб стандартного режима химиотерапии при лечении впервые выявленных больных туберкулёзом лёгких в сравнительном аспекте с I стандартным режимом химиотерапии. **Материалы и методы**. Под наблюдением находилось 50 больных деструктивным туберкулёзом лёгких с бактериовыделением, которые лечились по IIб режиму химиотерапии (изониазид, пиразинамид, этамбутол, офлоксацин и канамицин) (1-я группа). 2-ю группу сравнения составили 50 больных, которые лечились I стандартным режимом химиотерапии (изониазид, рифампицин, пиразинамид и этамбутол). Первичная лекарственная устойчивость выявлена у 54%

больных, при этом устойчивость к изониазиду была у 33%, к рифампицину – у 8%, к этамбутолу – у 25% и к стрептомицину – у 92%. Множественная устойчивость определялась у 28% пациентов. **Результаты**. Прекращение бактериовыделения по микроскопии мазка мокроты через 4 мес. химиотерапии у больных 1-й группы определялась в 96% случаев, в то время как у больных 2-й группы только у 48% пациентов. Нежелательные эффекты химиотерапии по IIб режиму химиотерапии установлены в 22% случаев, по I режиму – в 19% случаев. При этом неустранимые побочные реакции были у 6% больных 1-й группы и у 7% - 2-й группы. **Заключение**. У впервые выявленных больных деструктивным туберкулёзом лёгких с бактериовыделением и при высоком уровне первичной лекарственной устойчивости к основным противотуберкулёзным препаратам наиболее эффективным является IIб режим химиотерапии. В этой комбинации лекарств, определяющими являются респираторные фторхинолоны, которые, с полным основание, должны войти в группу основных противотуберкулёзных препаратов.

418. ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПНЕВМОПЕРИТОНЕУМА У БОЛЬНЫХ ДЕСТРУКТИВНЫМ ТУБЕРКУЛЁЗОМ ЛЁГКИХ НА ЭТАПЕ САНАТОРНОГО ЛЕЧЕНИЯ.

Мишин В.Ю., Доманская Т.Х., Ханина Н.И., Садовский А.И.
МГМСУ, Противотуберкулёзный санаторий № 58, г. Москва

Цель: оценка эффективности химиотерапии в сочетании с пневмоперитонеума у больных деструктивным туберкулёзом лёгких в условиях санатория. **Материалы и методы**. Под наблюдением находилось 26 больных деструктивным туберкулёзом лёгких, которые в санаторных условиях продолжали химиотерапию в сочетании с пневмоперитонеумом (1-я группа). Первичное лечение пневмоперитонеумом начиналось на стационарном этапе и в среднем составляло 3-4 мес., на фазе продолжения лечения в санаторных условиях лечение пневмоперитонеумом продолжалось в течение также 3-4 мес. 2-ю группу сравнения составили 25 больных деструктивным туберкулёзом лёгких, лечившихся только противотуберкулёзными препаратами. Пациенты 1-й и 2-й группы были абациллированы на стационарном этапе лечения. **Результаты**. У всех 26 больных 1-й группы через 3-4 месяца химиотерапии в сочетании с пневмоперитонеумом удалось добиться закрытия деструктивных изменений в лёгких и добиться клинического излечения с малыми остаточными изменениями. У больных 2-й группы, применение только химиотерапии, позволило добиться закрытия деструктивных изменений в лёгких только в 48% случаев, у остальных 52% пациентов излечение произошло с формированием больших остаточных изменений по типу формирования остаточных санированных полостей. **Заключение.** Продолжение пневмоперитонеума на санаторном этапе лечения, начатого в стационарных условиях, существенно повышает эффективность основного курса химиотерапии и позволяет добиться клинического излечения с малыми остаточными изменениями. Данный вид коллапсотерапии должен найти достойное применение на санаторном этапе лечения для качественного завершения основного курса химиотерапии больных деструктивным туберкулёзом лёгких.

419. ТЕЧЕНИЕ ТУБЕРКУЛЕЗА ЛЕГКИХ У БОЛЬНЫХ СТРАДАЮЩИХ ШИЗОФРЕНИЕЙ

Мишин В.Ю., Цыганков Б.Д., Шевчук Е.Ю.
МГМСУ, г.Москва

Цель: изучения течения туберкулёза лёгких у больных страдающих шизофренией. Материалы и методы. Обследовано 120 больных туберкулёзом лёгких, из которых 60 пациентов (50%) страдали шизофренией. Результаты. Среди больных страдающих

шизофренией впервые выявленный туберкулёз лёгких составил 33,3%, а у 66,7% туберкулёз лёгких был ранее неэффективно леченный. При этом у больных страдающих шизофренией преобладали распространенные процессы с наличием каверн и массивного бактериовыделения (70%) и с высоким уровнем первичной (31,7%) и вторичной (83,3%) множественной лекарственной устойчивостью микобактерий. Клиническая картина характеризовалась выраженными симптомами интоксикации, кашлем с мокротой (71,7%), одышкой (60%), влажными хрипами (58,3%) и болями в грудной клетке (33,3%) и развитием различных осложнений (кровохарканье у 16,7%, туберкулёз бронхов в 15% и хроническое легочное сердце у 33,3% больных).
У впервые выявленных больных туберкулёзом лёгких страдающих шизофренией эффективность лечения по прекращение бактериовыделения по микроскопии и посеву мокроты составила 41,7%, среди ранее леченных – 26,7%, а по закрытию полостей распада, соответственно в 18,3% и 13,3% случаев. При этом побочные реакции на противотуберкулёзные препараты выявляются у 63,3% пациентов.
Заключение. Туберкулёз лёгких у больных страдающих шизофренией проявляется тяжелой клинической картиной заболевания и низкой эффективностью лечения, что, в основном, связано с данной сопутствующей патологией, неадекватным отношением к болезни и поздней диагностикой туберкулёза

420. ВЛИЯНИЕ ТУБЕЛОНА НА ЭФФЕКТИВНОСТЬ ХИМИОТЕРАПИИ ВПЕРВЫЕ ВЫЯВЛЕННЫХ БОЛЬНЫХ ДЕСТРУКТИВНЫМ ТУБЕРКУЛЁЗОМ ЛЁГКИХ.

Мишин В.Ю., Демихова О.В., Завражнов С.П., Дейкина О.Н., Комиссарова О.Г., В.В.Балакшин, Преснова Г.А.
ЦНИИТ РАМН, МГМСУ, ООО «Березовый мир», г. Москва

Цель: изучить влияние Тубелона (сухого экстракта бересты) на течение деструктивного туберкулёза лёгких у впервые выявленных больных в интенсивную фазу химиотерапии в течение 3 мес.Материалы и методы. Обследовано 60 больных деструктивным туберкулёзом лёгких с выделением микобактерий туберкулёза (МБТ) в возрасте 20-55 лет. Пациенты рандомизированы на 2 группы. 1-я группа 30 больных получали стандартную химиотерапию (изониазид, рифампицин, пиразинамид и этамбутол) в сочетании с Тублоном. Во 2-й группе 30 пациентов получали только аналогичную стандартную химиотерапию. Результаты. Прекращение бактериовыделения через 3 мес. лечения установлено у больных 1-й группы в 90%, а у больных 2-й – только в 47,7% случаев. Закрытие каверн в лёгких за это время в 1-й группе отмечалось у 36,7%, а во 2-й – у 13,3% пациентов ($p<0,05$). При этом значительного рассасывания воспалительных изменений в лёгких удалось достигнуть у 96,3% больных 1-й группы и только у 60% – 2-й группы ($p<0,05$). Побочные реакции на противотуберкулёзные препараты в 1-й группе отмечались у 13,3%, а во 2-й – у 30% больных ($p<0,05$). Побочные реакции на Тубелон зарегистрированы только в 1 случае. Заключение. Применение Тубелона в комбинированной химиотерапии позволяет существенно повысить эффективность лечения впервые выявленных больных деструктивным туберкулёзом лёгких, что улучшает течение специфического процесса и снижает частоту побочных реакций на противотуберкулёзные препараты. При этом Тубелон почти в 2 раза способствует более быстрому прекращению бактериовыделения и закрытию каверн в лёгких в интенсивную фазу химиотерапии.

421. ФЕНАЗИД В СТАНДАРТНЫХ РЕЖИМАХ ХИМИОТЕРАПИИ ТУБЕРКУЛЁЗА ЛЁГКИХ.

Мишин В.Ю., Чуканов В.И., Григорьев Ю.Г.

ЦНИИТ РАМН, МГМСУ, г. Москва

Цель: изучить эффективность феназида в стандартных режимах химиотерапии больных деструктивным туберкулёзом лёгких с бактериовыделением. **Материалы и методы**. Мы располагаем клиническим материалом применение феназида у 200 впервые выявленных больных и больных с рецидивами в стандартных режимах химиотерапии в возрасте от 15 до 85 лет (1-я группа), в сравнительном аспекте с 200 пациентами в том же возрасте, где применялся изониазид (2-я группа). Причем у 50 больных из каждой группы туберкулёз лёгких сочетался с сахарным диабетом I или II типа**. Результаты**. Анализ эффективности химиотерапии проведен по показателям прекращения бактериовыделения и закрытия каверн в лёгких. Через 3 мес. лечения в 1-й группе бактериовыделение прекратилось у 69%, а во второй – у 34% больных ($p<0,05$). К 6 мес. химиотерапии, этот показатель в 1-й группе составил уже 90%, а в 2-й – 77% ($p<0,05$). В 1-й группе каверны в лёгких закрылись через 3 мес. в 52%, а у больных 2-й – в 29% случаев ($p<0,05$). К 6 мес. химиотерапии каверны в лёгких закрылись у 81% больных 1-й и у 70% – 2-й группы. Побочные реакции на феназид у больных выявлялись всего в 6% случаев, в то время как на изониазид они имели место у 24% больных, т.е. в 4 раза чаще ($p>0,05$). При этом отмечена хорошая переносимость феназида, применение которого не вызывало неустранимых побочных реакций, особенно нейро- и ангиотоксического характера и особенно у больных пожилого и старческого возраста и пациентов с органическими заболеваниями ЦНС и сахарным диабетом, что довольно часто наблюдается при лечении изониазидом. **Заключение**. Феназид является высокоэффективным препаратом основного ряда с более лучшей переносимостью чем изониазид. Именно отсутствие побочных реакций при длительном использовании феназида, должно определять его назначение, особенно у пациентов с высоким риском развития токсических и токсико-аллергических реакций при химиотерапии туберкулёза.

422. ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ЛЕКАРСТВЕННОЙ УСТОЙЧИВОСТЬЮ МИКОБАКТЕРИЙ К ОСНОВНЫМ И РЕЗЕРВНЫМ ПРЕПАРАТАМ (XDR).

Мишин В.Ю., Чуканов В.И., Комиссарова О.Г., Кононец А.С., Мякишева Т.В., Голубева Л.Н., Хорошилова Н.Е., А.Н.Наумова
ЦНИИТ РАМН, МГМСУ, г. Москва

Цель: оценка эффективности химиотерапии больных туберкулёзом лёгких с множественной лекарственной устойчивостью МБТ к основным и резервным препаратам {XDR). **Материалы и методы.** Под наблюдением находилось 149 больных деструктивным туберкулёзом лёгких в возрасте от 20 до 60 лет. Мужчин было 93 (62,4%) женщин – 56 (37,6%). Диссеминированный туберкулёз был у 22 (14,8%), инфильтративный – у 22 (14,8%), казеозная пневмония – у 19 (12,7%) и фиброзно-кавернозный туберкулёз – у 86 (57,7%) больных. Все пациенты были бактериовыделители по данным микроскопии и посеву мокроты на питательные среды. Устойчивость только к основным противотуберкулёзным препаратам (ПТП) встречалась у 30,2% больных, а XDR – у 69,8%. Химиотерапия проводилась по индивидуализированным режимам с учетом конкретной устойчивости МБТ к ПТП. При устойчивости к основным ПТП режим химиотерапии состоял из комбинации резервных. При XDR режим химиотерапии носил вынужденный характер с включением – пиразинамида, этамбутола, капреомицина, протионамида, циклосерина и фторхинолона. **Результаты:** У больных с устойчивостью МБТ к основным ПТП используемый режим химиотерапии резервными ПТП позволил добиться прекращения бактериовыделения к 6 месяцу лечения у 87,8% больных, а к 9 месяцу – у 100%. У больных с XDR при вынужденном режиме химиотерапии к 9 месяцу

лечения удалось абациллировать только 20,5% пациентов. **Заключение**. У больных туберкулёзом лёгких с XDR прогноз туберкулёза крайне неблагоприятный в виду отсутствия возможности проводить этиотропную терапию, что возвращает эту категории пациентов в доантибактериальный период. В этих условиях коллапсотерапия и хирургические вмешательства являются единственными методами выбора в лечении данной группы больных.

423. ОПРЕДЕЛЕНИЕ АНТИТЕЛ К СТРУКТУРНЫМ КОМПОНЕНТАМ МИКОБАКТЕРИЙ ТУБЕРКУЛЕЗА У БОЛЬНЫХ СОЧЕТАННОЙ ВИЧ/ТБ-ИНФЕКЦИЕЙ

И.М. Хаертынова, Н.Р. Валиев, Р.Ш. Валиев, К.С.Хаертынов
ГОУ ДПО «Казанская государственная медицинская академия ФАЗ и СР», г. Казань

Целью настоящей работы явилось совершенствование диагностики туберкулеза у больных ВИЧ/ТБ путем изучения уровня противотуберкулезных антител класса IgG к различным структурным компонентам МБТ, циркулирующих в «свободном» и «связанном» виде в циркулирующих иммунных комплексах (ЦИК) методом иммунного блотинга (ИБ). Использовали оригинальные экспериментальные иммуноблот стрипы, изготовленные на кафедре фтизиатрии и пульмонологии КГМА (методика изготовления иммуноблот стрипов находится на стадии оформления патента). Было обследовано 34 больных ТБЦ и 38 — с сочетанной ВИЧ/ТБ-инфекцией, средний возраст 32,4±12,6 лет. У больных как туберкулезом так и сочетанной ВИЧ/ТБ-инфекцией доминировали антитела к белкам с молекулярным весом в диапазоне 11- 20 кDa (100%-80,7%) и 41-50 кDa (52,9%-31,6%). В отличие от больных ТБЦ при ВИЧ/ТБ достоверно чаще выявлялись антитела к белкам с высоким молекулярным весом (101-160 кDa). В составе «связанных» в ЦИК-1 антител в обеих группах больных с наибольшей частотой определялись антитела к 11-20 кDa (32,3%-36,8%), 21-30 кDa (32,3%-18,4%) и к 31-40 кDa (38,2%-28,9%). Количественная оценка выраженности иммунного ответа на антигены МБТ методом ИБ показала, что максимальной иммуногенностью в наших исследованиях в экссудативную фазу туберкулезного процесса обладали структурные белки с молекулярным весом 11-20 и 21-30 кDa. В фазе затихания (или выздоровления) выраженность гуморального иммунного ответа ослабевала и концентрация антител к большинству из структурных белков имела тенденцию к снижению. Исключение составили антитела к антигенам с молекулярной массой 101-160 кDa, 71-80кDa, 61-70 кDa и 41-50 кDa, где прослеживалось достоверное повышение уровня антител. У больных ВИЧ/ТБ-инфекцией в отличие от больных ТБЦ уровни анти-ТБ антител были достоверно ниже ($p<0,05$). Таким образом, методом ИБ с наибольшей частотой выявляются антитела к белкам с молекулярным весом в диапазоне 11-20 кDa и 41-50 кDa. При ВИЧ/ТБ-инфекции, в отличие только от ТБЦ частота выявления антител к белкам с высоким молекулярным весом (101-160 кDa) достоверно выше. Максимальные уровни антител в сыворотке крови выявлены к белкам 11-20 кDa, 21-30 кDa, 21-30 кDa, 41-50 кDa. У больных ВИЧ/ТБ-инфекцией уровни анти-ТБ антител достоверно ниже, чем у больных ТБЦ.

424. КЛИНИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ, СОЧЕТАННЫМ С ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ

Валиев Н.Р., Проценко М.А., Хамзина Р.В., Валиев Р.Ш., Фазулзянова И.М.
ГОУ ДПО «Казанская государственная медицинская академия ФАЗ и СР», г. Казань

Цель исследования: изучить клинико-социальные особенности больных туберкулезом в сочетании с ВИЧ-инфекцией. Под наблюдением находилось 78 больных, туберкулезом, сочетанным с ВИЧ-инфекцией, прошедших стационарное лечение в противотуберкулезной больнице, из них 66 (84,6%) - мужчин, 12 (15,4%) - женщин. Средний возраст составил 32,7±0,87 лет. 49 (63%) человек ранее находились в пенитенциарных учреждениях. Инфильтративный туберкулез выявлен у 44 (56,4%), фиброзно-кавернозный - 10 (12,8%), экссудативный плеврит - 14 (17,9%) , казеозная пневмония - 2, 6%, милиарный туберкулез - 2, 6%, диссеминированный - 9 (11,5%), туберкулемы - 2, 6% , генерализованный туберкулез с поражением нескольких органов - 1,3%. Фаза распада диагностирована в 62,8%, бактериовыделение — у 56 (71,8%). 87% больных заразились ВИЧ-инфекцией при парентеральном потреблении наркотиков, 13% указали на половой путь инфицирования. II В стадия ВИЧ-инфекции была установлена 4 больным, III - 37 , IV А- 11, IV Б- 15, IV В – 10, V- 1 больному. Сопутствующие заболевания: хронический вирусный гепатит С - 78%, хронический алкоголизм - 23%, заболевания желудочно-кишечного тракта - 14,1 %, анемия - 20,5 %, поражение кожи и слизистых - 12%. Продолжали активное потребление наркотических веществ 28,2% больных. Установлено, что тяжелее всего туберкулез протекал в стадии IV Б и IV В ВИЧ-инфекции, где наблюдались генерализованные формы, туберкулез внутригрудных лимфатических узлов, казеозная пневмония и диссеминированный туберкулез легких. У 49 (62,8%) больных начало болезни было постепенное с наличием астено-вегетативного синдрома, 66,7% больных жаловались на кашель, 28,2% больных отмечали боли в груди, 39% жаловались на одышку. Увеличение лимфоузлов было зафиксировано у 72%, печени у 83% (у двоих больных диагностирован цирроз печени), снижение массы тела у 46,9%, кожно-слизистый герпес, грибковые поражения и остроконечные кондиломы у 10,5% больных. При аускультативном исследовании у 39,8% больных выявлено жесткое дыхание и у 26,9% выслушивались сухие хрипы. При перкуторном исследовании у 28,2% больных отмечено укорочение перкуторного звука.

425. К ВОПРОСУ О ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ, СОЧЕТАННЫМ С ВИЧ - ИНФЕКЦИЕЙ

Валиев Н.Р., Хамзина Р.В., Валиев Р.Ш., Проценко М.А..
ГОУ ДПО «Казанская государственная медицинская академия ФАЗ и СР», г. Казань

С целью повышения эффективности лечения больных туберкулезом, сочетанным с ВИЧ-инфекцией проведён анализ комплексного лечения 78 пациентов, прошедших стационарное лечение в противотуберкулезной больнице, из них 66 (84,6%) - мужчин, 12 (15,4%) – женщин, средний возраст 32,7±0,87; инфильтративный туберкулез - 44 (56,4%), фиброзно-кавернозный- 10 (12,8%), экссудативный плеврит - 14 (17,9%), казеозная пневмония - 2, 6%, милиарный - 2, 6%, туберкулемы - 2, 6% , диссеминированный - 9 (11,5%), генерализованный туберкулез с поражением нескольких органов -1,3%; фаза распада — в 62,8% случаев; бактериовыделение — у 56 (71,8%), из них 24 (42,9%) выявлена лекарственная устойчивость, в том числе у 22 больных МЛУ. II В стадия ВИЧ-инфекции была установлена 4 больным, III - 37 , IV А- 11, IV Б- 15, IV В – 10, V- 1 больному. Сопутствующими заболеваниями были хронический вирусный гепатит С – 78% и хронический алкоголизм - 23%. 40 (51,3%) пациентам было назначено 4 основных ПТП (HRZE), 28 (36%)- 5 ПТП (HRZES), больным с МЛУ использовались препараты второго ряда и антибиотики широкого спектра действия (Rb, K, Pt, Fq), 35,9% - отхаркивающие препараты, 62 (79,5%) больным с учетом активности гепатитов были назначены гепатопротекторы, 10,6% - ферменты (фестал, мезим), 61,5% -витамины, 5,1% - противогрибковые препараты, 13 (16,7%) больных получали высокоактивную противовирусную терапию по схеме: комбивир0,45, зиаген0,3 и комбивир0,45, стокрин0,6. У 64 (82%) больных на фоне лечения отмечено клинико-рентгенологическое улучшение болезни. У 14 (18%) больных, несмотря на проведенное лечение, наблюдалось ухудшение

самочувствия и летальный исход, что связано с поздним обращением больных за медицинской помощью и нарушением режимов стационарного лечения. Всем больным ВИЧ-инфекцией при выявлении туберкулеза, в связи с высокой МЛУ, необходимо проводить ускоренные методы бактериологической диагностики туберкулеза и определения лекарственной устойчивости методом Бактек 960 и методом ПЦР с использованием системы БИОЧИП. Лечение вновь выявленных больных туберкулезом на фоне ВИЧ-инфекции необходимо начинать с включением двух резервных препаратов.

426. РЕАБИЛИТАЦИЯ ФУНКЦИИ ДЫХАНИЯ-НЕОТЪЕМЛЕМАЯ СОСТАВНАЯ ЧАСТЬ ЛЕЧЕНИЯ ТУБЕРКУЛЕЗНОГО ПРОЦЕССА

Жук Н. А.
Противотуберкулезный диспансер №17, Москва

Введение: Особенности патогенеза туберкулезного процесса с преимущественным поражением альвеолярно-капиллярных структур бронхо-легочной системы облигатно сопровождается нарушением респираторной и газообменной функции с развитием гипоксии ацидоза и целой гаммы метаболических нарушений локального и общего характера. Цель: Исследование состояния респираторной функции и определение характера и системы возникших нарушений является важнейшим обоснованием для включения в лечебно-оздоровительный процесс методов обеспечивающих восстановление газообменной функции и иммуно-метаболических процессов, нарушаемых патологическим процессом. Материалы и методы: за 10 лет при комплексном обследовании более 30 тыс. пациентов с легочными заболеваниями, нарушения ФВД выявлены у 82,2%.Впервые установлен и верифицирован диагноз у57,2% начальных форм хронической обструктивной болезни, а у 9%из них была выявлена впервые астма. Бронхо-спирометрические исследования с анализом кривой поток-объем позволили выявить нарушения ФВД у79,6% больных туберкулезом. Комплекс лечебно-реабилитационных мероприятий осуществлялся в групповом и индивидуальном режиме и включал в себя образовательную программу. Результаты: данные эффективности стандартных режимов химиотерапии в сочетании с реабилитационными воздействиями у больных с впервые установленным туберкулезным процессов в легких позволяют оценить целесообразность использования реабилитационных воздействий на повышение эффективности клинического излечения. Заключение: Реабилитация респираторной функции является неотъемлемой составной частью лечебного процесса при рациональной химиотерапии активного туберкулезного процесса и значительно повышает эффективность лечения и качество клинического выздоровления.

427. ПЕРСИСТЕНЦИЯ ИММУНОСУПРЕССИВНЫХ ВИРУСОВ В КЛЕТКАХ ИММУННОЙ СИСТЕМЫ ДЕТЕЙ, БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ

Панова О. В., Стаханов В. А.
ГОУ ВПО РГМУ Росздрава

Цель: оценить степень супрессии иммунной системы, вызванной вирусами Эпштейн-Барр и герпеса VI типа у детей, больных туберкулезом, и оценить значимость хронической вирусной инфекции как фактора патогенеза туберкулезной инфекции.
Методы: Комплекс методов лабораторного обследования детей, помимо обязательного диагностического минимума (объективное исследование детей, туберкулинодиагностика, рентгенологическое исследование, клинический анализ крови, общий анализ мочи, биохимический анализ крови и др.) включал ДНК-диагностику с целью обнаружения вирусов в клетках крови методом ПЦР и иммунологическое исследование с помощью набора моноклональных антител против антигенов активации иммунной системы (CD16, CD25, CD95, HLA-DR) и естественных киллеров. Результаты: Под нашим наблюдением

находился 71 ребенок от 6мес до 6 лет. Основную группу составили 60 детей с первичными формами туберкулеза, такими как, туберкулезная интоксикация, туберкулез внутригрудных лимфатических узлов, первичный туберкулезный комплекс, а также дети, инфицированные МБТ с высокой чувствительностью к туберкулину. Контрольную группу составили 11 детей, не инфицированных МБТ. Из 60 обследованных детей 30 оказались инфицированными вирусами герпеса, что составило 50% от всех обследуемых. Иммунологическому обследованию подверглись 25 детей. Данные иммунологического исследования обнаружили несколько обстоятельств: а) неоднородность детей-вирусоносителей по показателям иммунного статуса: количество CD4+-лимфоцитов колебалось от 5,5 до 69%, количество CD8+-лимфоцитов - от 7,1 до 30,7%, количество NK-клеток - от 7,6 до 90,6%, количество HLA-DR-позитивных лимфоцитов - от 13,2 до 73,9%, количество CD95-позитивных лимфоцитов - от 0,7 до 79,7%; б) дефицит зрелых Т-клеток - низкий уровень CD4+/CD8+-лимфоцитов.

428. РАЗРАБОТКА МЕТОДИКИ ОЦЕНКИ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ С РЕЦИДИВАМИ ТУБЕРКУЛЕЗА ЛЕГКИХ

Новикова С.Н.
Курский Государственный Медицинский Университет

Сдерживание туберкулезной эпидемии возможно путем широкого использования инновационных лечебных технологий при обязательном сохранении индивидуального подхода к больному. Одним из путей решения этой задачи является оценка и коррекция качества жизни (КЖ) больных, новой парадигмы современной медицины. Разработана специальная методика оценки КЖ больных с рецидивами туберкулеза легких (рацпредложение № 88-07). В отличие от известных общих методик, содержание вопросов по отдельным шкалам приведено в соответствие с особенностями обследуемого контингента больных. С помощью оригинальной анкеты оценивалось отношение больного к таким изменениям в его жизни, как повторное заболевание; интенсивное регламентируемое лечение; строгий контроль приема препаратов; длительное ограничение свободы перемещения в связи с изоляцией в стационар; изменения во взаимоотношениях с близкими, друзьями, сослуживцами и другие. Отношение больного к этим изменениям оказалось удобным определять количественно путем выбора одной из следующих альтернатив 1) «очень пере-живаю», 2) «мне это неприятно», 3) «отношусь безразлично», 4) «рад этому». Каждая альтернатива оценивалась определенным баллом: -2,0; -1,0; 0 и +1 соответственно. Сумма этих баллов по всем разделам методики позволила судить об общем снижении качества жизни, а анализ отдельных показателей – о главных его причинах. Данные исследования учитывались при проведении коррекции психологического статуса больных и формировании их приверженности к лечению, что позволило существенно повысить качество проводимой терапии.
Методика рекомендована к широкому использованию в клинической практике.

429. ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ АЛГОРИТМ ИНФЕКЦИОННОЙ ТУБЕРКУЛИНОВОЙ АЛЛЕРГИИ

Лебедев Ю. И.
Курский Государственный Медицинский Университет

С целью совершенствования диагностики инфекционной туберкулиновой аллергии проанализированы данные клинико-рентгенологического исследования 276 детей и подростков с положительными результатами пробы Манту с 2 ТЕ, среди которых у 176 чел установлен диагноз инфекционной туберкулиновой аллергии, а у 100 чел - положительная вакцинальная реакция на туберкулин. Диагнозы были подтверждены в ходе наблюдения и контрольного обследования в течение 1-2 лет.

Статистический анализ полученных результатов позволил расположить признаки в порядке убывания их диагностической значимости и построить дифференциально-диагностический алгоритм 2-х видов туберкулиновой аллергии (рацпредложение №309-81). Наиболее убедительным признаком инфекционной природы ту-беркулиновой аллергии является размер папулы более 11 мм. Вторым по значению признаком вакцинальной аллергии у детей с размерами папулы менее 11 мм может рассматриваться информация о прививке БЦЖ в предыдущем году. На третье место по диагностической значимости мы ставим данные об отрицательных пробах в пре-дыдущем году. Четвертое место в диагностическом ряду занимает факт увеличения размера папулы на 6 мм и более по сравнению с данными предыдущего года. Нако-нец, положительная проба Манту с любым размером папулы у детей и подростков, контактирующих с больными туберкулезом, скорее всего, есть проявление инфек-ционной аллергии. При отсутствии данных анамнеза дифференцировка может про-водиться с использованием методики определения напряжения кислорода вблизи туберкулиновой папулы (а.с.№1700474). Методики предлагаются к широкому использованию.

430. ВЛИЯНИЕ УСЛОВИЙ ЗАКЛЮЧЕНИЯ НА РАЗВИТИЕ ТУБЕРКУЛЁЗНОГО ПЛЕВРИТА

Владимиров К.Б., Иванов А.К., Зайцева Е.В., Кочоров С.Д.
СПбГМА им. И.И.Мечникова, Областная больница им. Ф.П.Гааза ГУФСИН РФ

Цель: Изучить влияние немедицинских факторов, вызванных заключением, на клинические проявления изолированного туберкулёзного плеврита (ИТП).
Материалы и методы. Обследовано 166 пациентов с ИТП. Диагноз был установлен бактериологически у 8,4% пациентов, рентгенологически (присоединение туберкулёза лёгких) у 30,1%, по результатам тест-терапии у 30,8%, посмертно - у 1,2% пациентов, 29,5% больным выполнена торакоскопия с биопсией плевры. Большинство больных (95,8%) были мужчинами, средний возраст 27,8±0,6 лет. Пациенты поступали в стационар из следственных изоляторов (СИЗО; 51,2%) и из исправительных колоний (ИК; 48,8%), в том числе общего режима (ИК-О) - 55,6%, строгого режима (ИК-С) - 44,4%. Среди больных ИТП - мужчин 27,7% подвергались дискриминации (контингент «Б») со стороны остальных заключённых (контингента «А»). Результаты: Период изоляции в СИЗО до дебюта ИТП длился в среднем 10,8±0,9 месяцев, а в ИК – 21,2±1,7 месяц ($p<0,001$). Продромальный период ИТП у контингента СИЗО составил 1,2±0,2 месяца, у контингента ИК - 1,8±0,3 месяца ($p<0,05$); в том числе ИК-О - 1,4±0,2 месяца, а ИК-С – 2,3±0,7 месяца; у контингента «А» 1,3±0,2 месяца, у контингента «Б» 2,0±0,3 месяца.
В СИЗО увеличение числа заболевших ИТП происходило в марте и апреле (21,2% случаев) и в июле-августе (28,3%), а в ИК - в апреле-мае (24,7%) и декабре-январе (23,4% случаев; $p<0,05$). У больных ИК-С туберкулёзный плеврит развивался преимущественно зимой (41,6%), а ИК-О – весной (42,3% случаев; $p<0,05$), у контингента «А» несколько чаще в июле (14,8%), а у лиц контингента «Б» чаще в апреле-мае (27,3%) и декабре (15,9% случаев). Выводы. На клиническую динамику туберкулёзного плеврита влияют немедицинские факторы: тип исправительного учреждения, режим содержания и неофициальная иерархия заключённых.

431. ПРИМЕНЕНИЕ ЛОНГИДАЗЫ В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ С ЗАМЕДЛЕННОЙ КЛИНИКО_РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОЙ ДИНАМИКОЙ

Стаханов В.А., Галыгина Н.Е., Голомедова А.В., Л.А.Туркина Л. А.
кафедра фтизиатрии ГОУ ВПО РГМУ, Москва

Цель: изучить эффективность применения лонгидазы у впервые выявленных больных с замедленной клинико-рентгенологической динамикой инфильтративного туберкулеза легких. Методы: проведено комплексное обследование и лечение 20 больных в возрасте от 18 до 54 лет, получавших на фоне химиотерапии лонгидазу, обладающую ферментативной (гиалуронидазной) активностью пролонгированного действия, показанием к назначению которой являлась замедленная клинико-рентгенологическая динамика. Лонгидаза вводилась внутримышечно, в дозе 3000 МЕ один раз в 5 дней, курс лечения составил 10 инъекций. По окончании курса лечения оценивалось влияние лонгидазы на клинико-рентгенологические, иммунологические показатели. Результаты: перед началом противотуберкулезной терапии у 80% больных наблюдались симптомы интоксикации, деструкция легочной ткани определялась у 95% больных, бацилловыделение - у 65%, лекарственная устойчивость МБТ выявлена у 15%. больных. Через 2 месяца стандартной химиотерапии симптомы интоксикации исчезли у 90%, бацилловыделение прекратилось у 80%, однако, у всех больных рассасывание инфильтративных изменений в легочной ткани было умеренным и сохранялась деструкция. После курса лонгидазы значительное рассасываниye инфильтративных изменений в легких наблюдалось у 100%, закрытие полостей распада наступило у 70%, прекращение бацилловыделения – у 95 % больных. Анализ результатов иммунологического обследования в процессе лечения не выявил антител к эластину и коллагену и показал положительное влияние лонгидазы на имевшиеся нарушения ряда показателей специфического клеточного иммунного ответа.Выводы: применение лонгидазы в комплексной терапии больных туберкулезом повышает эффективность лечения и положительно влияет на ряд лабораторных показателей.

432. ЭФФЕКТИВНОСТЬ АЭРОЗОЛЬТЕРАПИИ У ВПЕРВЫЕ ВЫЯВЛЕННЫХ БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ

Туркина Л. А.,Стаханов В.А., Галыгина Н.Е.-1, Иващенко Н.А.-2,
кафедра фтизиатрии ГОУ ВПО РГМУ, Москва-1, ПТКД№4 ЮЗАО г. Москва-2

Цель: изучить эффективность применения аэрозольтерапии у больных с впервые выявленным туберкулезом органов дыхания. Материалы и методы: 155 больных впервые выявленным туберкулезом органов дыхания, в том числе женщин- 46, мужчин-109 в возрасте от 19 до 71 лет. У 71% больных диагностирована инфильтративная форма туберкулеза легких. Деструкция легочной ткани определялась у 60 % больных, бактериовыделение у 58%. Лекарственная устойчивость МБТ выявлена у 11 % больных. В зависимости от результатов фибробронхоскопии выделено 2 группы больных: I группа - 76 больных без патологии трахеи и бронхов, II группа - 79 больных с различной патологией трахеобронхиального дерева, в том числе: IIА подгруппа - 34 больных с неспецифической патологией бронхов, IIБ подгруппа – 25 больных с активным туберкулезом бронхов, IIВ подгруппа – 20 больных посттуберкулезными рубцовыми изменениями бронхов. 102 больных кроме стандартной химиотерапии получали аэрозольтерапию. Ингаляции диоксидина и фурацилина получали 23 больных I группы при наличии жалоб на кашель и больные IIА подгруппы. Больные IIБ и IIВ подгрупп получали аэрозольтерапию изониазидом, диоксидином, фурацилином. Результаты: Через 4 месяца лечения в I группе закрытие полостей распада и прекращение бактериовыделения отмечалось чаще у больных, получавших ультразвуковые ингаляции. Во II группе прекращение закрытие полостей распада и прекращение бактериовыделения наблюдалось чаще у больных с активным туберкулезом бронхов. Выводы: У 51% больных впервые выявленным туберкулезом легких диагностируется патология бронхиального дерева. Чаще выявляется неспецифическое поражение бронхов. Ингаляционная терапия повышает эффективность лечения впервые выявленных больных туберкулезом органов дыхания независимо от состояния бронхиального дерева.

433. СОСТОЯНИЕ ДИСБИОЗА КИШЕЧНИКА У ДЕТЕЙ, БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЁЗОМ

Юсубова А. Н.
ГОУ ВПО РГМУ кафедра фтизиатрии г.Москва

Цель: оценка состояния дисбиоза кишечника у детей, больных туберкулёзом. Материалы и методы: проведено исследование 42 детей в возрасте от 3 мес. до 6 лет(дети раннего возраста составили 2/3, дошкольного -1/3; мальчиков-26 человек, девочек-16).Исследование проводилось в условиях клинической базы кафедры фтизиатрии-детского отделения ТКБ № 7 г. Москвы. Распределение больных по клиническим формам было следующим: туберкулёз внутригрудных лимфатических узлов и первичный туберкулёзный комплекс-12 человек, туберкулёз внутригрудных лимфатических узлов, осложнённое течение-10 чел., туберкулёзная интоксикация-14 чел., генерализованный туберкулёз-6 чел. Комплекс методов лабораторного обследования детей, помимо обязательного диагностического минимума (объективное обследование детей, туберкулинодиагностика, рентгенотомографическое исследование, клинический анализ крови, общий анализ мочи, биохимический анализ крови и др.) включал стандартный количественный микробиологический метод исследования кала. В результате исследования получены нарушения микробиоценоза различных степеней практически у всех детей(92 %).Отмечается, что при тяжёлых генерализованных формах туберкулёза в 100% случаев имеет место дисбиоз II степени, тогда как при других формах туберкулёза в равном количестве выявлены I и II степени дисбиоза. Таким образом, по данным нашего исследования: практически все обследованные дети, больные туберкулёзом имели дисбиоз кишечника I и II степени (92%); при генерализованных формах туберкулёза в 100% случаев отмечается дисбиоз только II-III степени.

434. ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫЙ ТУБЕРКУЛЕЗ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Киселевич О. К., Богданова Е.В., Юсубова А.Н.-1, Ширшов И.В., Мухаметшина Л.Ф.-2
ГОУ ВПО РГМУ Росздрава-1, ТКБ№7-2

Цель: изучение клинической структуры и особенностей течения распространенной туберкуленой инфекции (генерализованного туберкулеза) у детей раннего возраста. Методы исследования: проанализировано 583 историй болезни детей раннего возраста с генерализованным туберкулезом, находившихся на лечении в детском отделении ТКБ 7 с 1996 по 2006 гг. от 1,5 месяцев до 3 лет (от 1,5 мес.-1 года – 28%, от 1-3 лет – 72%). Результаты исследования. Генерализация туберкулеза–вовлечение в туберкулезный процесс двух и более органов/систем лимфагематогенным путем. Удельный вес генерализованного туберкулеза в структуре всех клинических форм составил 11% (65 человек). С милиаризацией легочной ткани 58,4 % (38 детей) и без милиаризации - 41,6% (27 детей). Бактериовыделение в структуре всех клинических форм - 4,8%, из которых ровно половину - 2,4% составил генерализованный туберкулез, причем при поражениях без милиаризации легочной ткани было в 2,5 раза чаще, чем при милиаризации. При вакцинации БЦЖ рубчик отсутствовал или дети совсем не вакцинировались в 70,7% случаев, только в 10,8% имелся рубчик более 5 мм. Средние сроки лечения детей в стационаре с генерализованным туберкулезом составили от 273 до 370,5 дн. Без отсутствия остаточных изменений составили только 12,3 %, у остальных отмечались большие, малые остаточные изменения и у 9,2% летальный исход.
В диагностике использовались рутинные и дополнительные методы обследований. Заключение: дети раннего возраста имеют склонность к генерализации, обусловленной незрелостью иммунитета и особенностями развития детского организма в целом. Генерализованные формы туберкулеза развиваются в раннем возрасте у каждого десятого

заболевшего ребенка и каждый десятый погибает. Уменьшается реальный показатель генерализованных форм туберкулеза.

435. ПРИМЕНЕНИЕ ЭНДОБРОНХИАЛЬНОГО КЛАПАНА (ЭК) В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ИНФИЛЬТРАТИВНОГО ТУБЕРКУЛЁЗА ЛЁГКИХ (ИТЛ)

Левин А. В.-1, Цеймах Е. А.-2, Зимонин П. Е.-1, Омельченко С. А.-1, Семёнова Т.П. -3, Николаева О.Б.-2
АКПТД-1, АГМУ-2, Фил.№11 ФБ МСЭ-3, г. Барнаул

Цель исследования: Повышение эффективности комплексного лечения больных с ИТЛ путём создания селективной лечебной гиповентиляции и ателектаза с помощью установки ЭК. Материалы и методы: Проанализированы результаты лечения 98 больных с ИТЛ в фазе распада и обсеменения. У 50 из них применялся ЭК – основная группа (ОГ), у 48 - метод искусственного лечебного пневмоторакса (ИПТ) – группа сравнения (ГС). Анализируемые группы больных были сопоставимы между собой по полу, возрасту, локализации, распространённости и осложнениям туберкулеза легких, сопутствующей патологии. Результаты: Длительность применения ЭК составила в среднем 210,3±4,1 дней. Длительность применения ИПТ составила в среднем 192,4±3,8 дней. Через 6 месяца после начала лечения достигнута положительная клинико-рентгенологическая динамика в течение заболевания в виде уменьшения инфильтрации, количества очагов, полостей распада в размерах у 48 (96,0%) пациентов в ОГ и у 30(62,0%) - в ГС ($P<0,001$). Закрытие полостей распада через 6 месяцев произошло у 12(24,0%) больных в ОГ и у 4(8,0%) – в ГС ($P<0,05$). Негативация мазка мокроты через 3 месяца наблюдалась у 41(82%) пациента в ОГ и у 26(54%) – в ГС($P<0,01$). В течение 12 месяцев наблюдения бактериовыделение у этих больных не возобновлялось. Вывод: Применение ЭК в течение 6 месяцев позволяет добиться положительной клинико-рентгенологической динамики в 1,6 раза чаще; закрытие полости распада в 3 раза чаще, а негативации мазка мокроты в 1,5 раза чаще, чем у больных, в лечении которых применялся ИПТ.

436. КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЛЕКАРСТВЕННО-УСТОЙЧИВОГО ТУБЕРКУЛЁЗА ЛЁГКИХ (ЛУТЛ) С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ КЛАПАННОЙ БРОНХОБЛОКАЦИИ

Левин А. В.-1, Цеймах Е. А.-2, Зимонин П. Е.-1, Самуйленков А.М.-1, Омельченко С. А.-1,Чуканов И.В.-1, Семёнова Т.П. -3, Лохматов С.А.-1, Николаева О.Б.-2
АКПТД-1, АГМУ-2, Фил.№11 ФБ МСЭ-3, г. Барнаул.

Цель: Повышение эффективности комплексного лечения больных с ЛУТЛ. Материалы и методы: Анализируются результаты лечения 89 больных с распространенным ЛУТЛ. У 75 (84,3%) пациентов – множественная лекарственная устойчивость. У 44 (49,4%) из 89 анализируемых больных в комплексном лечении деструктивных форм ЛУТЛ использована клапанная бронхоблокация (основная группа (ОГ)), а 45 (50,6%) пациентам - применен искусственный пневмоторакс (группа сравнения (ГС)). Обе группы были сопоставимы. Результаты: У 40 (90,9%) пациентов ОГ через 2 месяца после клапанной бронхоблокации достигнута стабилизация и положительная динамика в течение туберкулезного процесса, что было больше аналогичного показателя в ГС – у 28(62,2%) ($P<0,05$). При этом следует отметить, что у 3-х (6,8%) пациентов ОГ отмечено закрытие полостей распада при рентгенологическом исследовании. В ГС таких больных не было. Через 6 месяцев после начала комплексного лечения прекращение бактериовыделения достигнуто у 37(84,1%) пациентов ОГ, а в ГС – у 28(62,2%) ($P<0,02$). Через 6 месяцев после начала комплексного лечения закрытие полостей распада в ОГ произошло у 11 (25,0%) больных, в группе сравнения – 4 (8,9%) ($P<0,05$). Длительность окклюзии в

основной группе составляла в среднем 244,3±14,4 дня, максимальный срок окклюзии 365 дней. Длительность искусственного пневмоторакса - 206,3±9,1 день (P>0,05), максимальный срок - 301 день. В ОГ при применении клапанной бронхоблокации осложнения наблюдались у 2 (4,6%) больных, в ГС - у 23 (51,1%) (P<0,001). Вывод: Таким образом, применение клапанной бронхоблокации является эффективным немедикаментозным методом лечения ЛУТ.

437. КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ЛЕКАРСТВЕННО-УСТОЙЧИВЫМ ТУБЕРКУЛЁЗОМ ЛЁГКИХ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ КЛАПАННОЙ БРОНХОБЛОКАЦИИ И ЩАДЯЩИХ КОЛЛАПСОХИРУРГИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ

Левин А.В.-1, Цеймах Е.А.-2, Зимонин П.Е.-1, Самуйленков А.М.-1, Чуканов И.В.-1, Лохматов С.А.-1, Николаева О.Б.-2
АКПТД-1, АГМУ-2, г. Барнаул

Разработана программа комплексного лечения больных с лекарственно-устойчивым туберкулёзом лёгких с использованием клапанной бронхоблокации и щадящих коллапсохирургических вмешательств. Для лечения больным с первичными деструктивными формами туберкулёза лёгких с лекарственной устойчивостью (инфильтративный туберкулёз в фазе распада, кавернозный туберкулёз) нами применяется эндобронхиальный клапан. Преследуемые цели: прекращение бактериовыделения, создание лечебной гиповентиляции и ателектаза поражённых отделов лёгкого со спадением полостей деструкции. Для лечения больным с хроническими деструктивными формами туберкулёза лёгких с лекарственной устойчивостью (фиброзно-кавернозный, хронический диссеминированный туберкулёз) эндобронхиальный клапан применяется с целью прекращения бактериовыделения, стабилизации туберкулёзного процесса и создания условий для закрытия полости деструкции. Экстренными показаниями для установки эндобронхиального клапана у больных с осложнённым течением туберкулёза лёгких являются лёгочные кровотечения и бронхоплевральные фистулы с развитием напряжённого пневмоторакса. Для усиления коллапса поражённых участков лёгкого и полостей деструкции в сочетании с клапанной бронхоблокации при хронических деструктивных формах туберкулёза лёгких применяются различные виды фрагментационной (корригирующая интраплевральная, экстраплевральная, экстраплевральная из миниинвазивных доступов) и остеопластической торакопластики.

438. РАННИЕ ПРИЗНАКИ РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ СЕРДЦА У ФТИЗИАТРИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

Мицкевич Ф.М.-1, Ионина С.В.-2
УЗ «2 городской противотуберкулезный диспансер» г. Минска-1, ГУ НИИ ПиФ РБ-2

Цель: исследование нарушений сердечной деятельности у больных с бактериовыделением и деструктивными формами туберкулеза легких (ТЛ) без клинических признаков сердечной недостаточности. Материалы и методы: изучено 42 пациента с деструктивными формами туберкулеза легких, находившихся на лечении в клинике ГУ НИИ ПиФ. В исследуемую группу вошли 31 мужчина и 11 женщин. Впервые выявленные больные составили 26 человек (62%), прогрессирующий ТЛ был у 16 человек (38%). Средний возраст - 41,13 лет. Среди изменений на ЭКГ превалировали изменения зубца «Р», метаболические нарушения, перегрузка правого предсердия. Данная патология одинаково часто встречалась в обеих группах больных. У 21 пациента была выполнена ЭХО КГ, из них впервые выявленные составили 10 случаев, больных с хроническими формами ТЛ было 11. Увеличение конечного диастолического размера правого желудочка (КДР ПЖ) и повышение легочной артериальной гипертензии (ЛАГ)

встречалось у половины хронических больных ТЛ, повышение ЛАГ имело место также в половине случаев у впервые выявленных. Дегенеративные изменения в области межжелудочковой перегородки (МЖП) и в левом желудочке сердца (ЛЖ) достаточно часто встречались в обеих группах пациентов. Снижение фракции выброса левого желудочка чаще наблюдалось в группе впервые выявленных больных. Выводы. Эхокардиография на ранних этапах выявляет признаки ремоделирования сердца у больных с распространенными формами туберкулеза легких без клинических признаков СН, причем легочная гипертензия встречается достаточно часто вне зависимости от длительности туберкулезного процесса.

439. ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ БОЛЬНЫХ С РАСПРОСТРАНЕННЫМ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ

Мицкевич Ф.М.-1, Саприкина Ж.А.- 2, Молодых Е.С. - 3
УЗ «2 городской противотуберкулезный диспансер» г. Минска РБ

Под наблюдение было взято 53 бактериовыделителя с деструктивным туберкулезом легких, выявленных в 2000 году. Пациенты были проанализированы в двух больших группах в зависимости от исхода процесса – «неудача лечения» - НЛ(27) и «выздоровление» В(26). Среди выздоровевших преобладали лица от 40 до 60 и старше 60 лет. В группе НЛ преобладали больные до 60 лет. Пациентов с мультирезистентными (МЛУ) формами туберкулеза легких было 23 (43,4%). В группе НЛ с МЛУ МБТ к ПТП было 19 из 27 (70,4%). В группе В с МЛУ МБТ было 4 из 26 (15,4%) при p = 0,000. В группе В средний возраст женщин составил 53 года, мужчин – 48,94 года. В группе НЛ средний возраст женщин составил 41,33 года, мужчин – 48 лет. В группе НЛ злоупотребляли алкоголем 17 из 27 (63%), в группе В злоупотребляли алкоголем 6 из 26 - 23,08% (p = 0,008). Сопутствующую патологию имели 19 пациентов из 27 в группе НЛ - 70,4%, из них болезни печени и желудка -7 случаев, заболевания ЦНС – 4. В группе В сопутствующую патологию имели 6 пациентов из 26 - 23,08%. В группе «неудача лечения» умерло от туберкулеза 5 из 27(18,52%) , 3 больных умерло от других причин. Итого умерло в группе НЛ 8 пациентов (29,63%) за 7 лет. Таким образом, более благоприятно туберкулез легких протекает у женщин, у лиц старших возрастных групп, не злоупотребляющих алкоголем, у пациентов, не имеющих сопутствующую патологию, либо с сопутствующей патологией, которая не снижает напряженность иммунитета а также у больных с наличием чувствительных форм МБТ.

440. ПРИМЕНЕНИЕ ЗВУКОВОЙ ГИМНАСТИКИ У БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЁГКИХ

Фрейвальд В. А.
Днепропетровское областное КК ЛПО "Фтизиатрия"

Звуковая гимнастика состоит в применении специальных упражнений, связанных с произнесением звуков и их сочетаний. При произнесении гласных звуков имеет место вибрация голосовых связок, которая передаётся на нижележащие части лёгких, трахею, бронхи, сами лёгкие и от них на грудную клетку. При артикуляции согласных звуков напрягаются мышцы грудной клетки и диафрагмы, т.е. тренируется дыхательная мускулатура. Дыхание должно быть равномерное, плавное, бесшумное и достаточно глубокое. Вдох через нос, выдох через рот; они должны быть слегка замедленны и спокойны. При занятиях необходимо соблюдать следующий ритм дыхания: вдох-пауза-выдох-пауза-вдох и т.д. Соотношение длительности вдоха и выдоха 1:2. Звуки рекомендуется произносить тихо, мягко. При систематическом выполнении достигается ритмичная работа всего дыхательного аппарата, направленная на снабжение организма

требуемым количеством кислорода и выведение углекислоты при наименьшей затрате сил.
Данная методика применялась у больных туберкулёзом лёгких, у которых по данным спирографических исследований определялась та или иная степень дыхательной недостаточности. Все пациенты получали комплексную антибактериальную терапию, у них отсутствовали явления туберкулёзной интоксикации, отсутствие бактериовыделения подтверждали лабораторные исследования.
Общее количество больных, применявших метод звуковой гимнастики, за 2002-2003 гг. - 106 человек. В сравнении с аналогичным количеством больных контрольной группы, у пациентов основной группы быстрее нормализовались показатели вентиляции лёгких, газового состава крови, уменьшилась одышка, повысилась толерантность к физической нагрузке. Осложнений при использовании звуковой гимнастики в комплексном лечении больных туберкулёзом лёгких с дыхательной недостаточностью не наблюдалось

441. ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЭКСТРАПЛЕВРАЛЬНОЙ ТОРАКОПЛАСТИКИ У БОЛЬНЫХ С ИНФИЛЬТРАТИВНЫМ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ И МЛУ

Лаптев А. Н.
Белорусский государственный медицинский университет

С 1995 по 2004 г. 147 больным с впервые выявленным инфильтративным туберкулезом легких с фазой распада и МЛУ произведена экстраплевральная 7 реберная верхнезадняя торакопластика. Показанием к хирургическому лечению являлся неудовлетворительный прогноз в отношении устранения активности туберкулеза и рубцевания полостей при наличии МЛУ. Для увеличения достоверности анализ результатов проводился у больных с одной клинической формой туберкулеза, у всех выявлена устойчивость к изониазиду, рифампицину и другим препаратам, у всех отмечалась фаза распада. Длительность химиотерапии до операции составляла от 2 до 4 месяцев. Женщин было 32(21,8%). Отдаленные результаты изучались в сроки от 2 до 3 лет после операции у 2 групп больных. 1 группа - 143 больных, которым произведена торакопластика. 2 группа - 115 больных с аналогичными процессами в легких и МЛУ, которым проводилось только консервативное лечение.
Абациллирование достигнуто в 1 группе у 112 (78,3±3,9%), во 2 группе у 64 (55,6±2,6%) больных, $P<0,05$. Рубцевание каверны достигнуто соответственно у 86 (60,1±3,0%), и у 32 (27,8±1,2%), $P<0,05$. Стабилизация туберкулеза не достигнута в 1 группе у 34 (23,7±1,2%), во 2 группе – у 43 (37,4±1,8%), $P<0,05$. Умерли от прогрессирования туберкулеза соответственно: 9 (6,3±0,3%) и 17(14,9±0,7%) больных, $P<0,05$.

442. НЕПОСРЕДСТВЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЭКСТРАПЛЕВРАЛЬНОЙ ТОРАКОПЛАСТИКИ У БОЛЬНЫХ С ХИМИОРЕЗИСТЕНТНЫМ ИНФИЛЬТРАТИВНЫМ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ

Лаптев А. Н.
Белорусский государственный медицинский университет

С 1995 г. по 2004 г. 7 реберная экстраплевральная верхнезадняя торакопластика произведена 147 больным с впервые выявленным инфильтративным туберкулезом в фазе распада и МЛУ. Всем больным операция произведена в сроки от 2 до 4 месяцев после начала антибактериальной терапии. Показанием для этой операции явились негативные особенности течения заболевания в виде МЛУ и отсутствия тенденции к уменьшению полостей распада через 2-3 месяца после начала химиотерапии. Непосредственные результаты комплексного лечения оценивались через 6-8 месяцев после начала химиотерапии у 2 групп больных. 1 группа - 147 больных, которым произведена

торакопластика. 2 группа - 122 больных с аналогичными процессами в легких и МЛУ, которым проводилось только консервативное лечение. Абациллирование достигнуто в 1 группе у 116 (78,9±4,6%), во 2 - у 72 (59,0±3,1%) больных, P<0,05. Рубцевание каверны достигнуто соответственно у 89 (60,5±3,2%), и у 41 (33,6±2,1%), P<0,05. Стабилизация туберкулеза не достигнута в 1 группе – у 27 (18,4±0,7%), во 2 группе – у 43 (31,9±1,4%), P<0,05. Умерли от прогрессирования туберкулеза соответственно - 4 (2,7±0,011%) и 7(5,7±0,026%) больных, P<0,05.

443. ОПТИМАЛЬНЫЕ СРОКИ ПРОВЕДЕНИЯ ТОРАКОПЛАСТИКИ У БОЛЬНЫХ ХИМИОРЕЗИСТЕНТНЫМ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ

Лаптев А. Н.
Белорусский государственный медицинский университет

При изучении трудов известных фтизиатров и хирургов можно отметить, что при принципиальном сходстве механизмов лечебного воздействия, сроки применения искусственного пневмоторакса (ИП) и торакопластики существенно отличаются. ИП в комплексе лечебных мероприятий применялся через 1-3 месяца, а торакопластика - через 8-12 месяцев после начала лечения. При адекватном лечении рубцевание каверны чаще всего происходит через 5-7 месяцев после ее возникновения. Неизбежная фиброзная трансформация стенок каверны препятствует ее рубцеванию в более поздние сроки. Поэтому применение методов лечения, способствующих рубцеванию каверн, должно быть ранним. Руководствуясь выше указанными постулатами фтизиатрии, мы приблизили сроки применения торакопластики к срокам применения ИП применительно к больным химиорезистентным туберкулезом легких. Экстраплевральная торакопластика применена была у 147 впервые выявленных больных с инфильтративным туберкулезом в сроки от 2 до 4 месяцев после начала антибактериального лечения. Раннее применение торакопластики было вызвано тем, что прогностический анализ после первого контрольного обследования указывал на невозможность излечения к 8-10 месяцу лечения в связи с наличием МЛУ и отсутствием тенденции к рубцеванию и рассасыванию.

444. КОЛЕБАНИЯ УРОВНЕЙ С-РЕАКТИВНОГО БЕЛКА В СЫВОРОТКЕ КРОВИ У БОЛЬНЫХ С ЛЕКАРСТВЕННО УСТОЙЧИВЫМ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ В ПРОЦЕССЕ ЛЕЧЕНИЯ.

Абдуллаев Р.Ю., Каминская Г.О., Комиссарова О.Г.
Центральный НИИ туберкулеза РАМН, Москва

Цель: оценить информативность количественного определения С-реактивного белка (СРБ) в сыворотке крови у больных с лекарственно устойчивым (ЛУ) туберкулезом в его взаимосвязи с другими реактантами острой фазы воспаления. Материалы и методы: У 91 больного ЛУ туберкулезом до и после окончания интенсивной фазы лечения определяли в крови содержания СРБ, гаптоглобина (Нр), фибриногена (Ф) и активности α1-антитрипсина (α1-АТ) в сыворотке крови Уровень СРБ измеряли иммунотурбидиметрическим методом на автоматическом анализаторе «Konelab», используя наборы реактивов фирмы «Termolabsystem». Результаты: Повышение уровня СРБ более 10 мг/л имело место у 47,2% обследованных больных. Амплитуда колебаний уровня СРБ составил 3 - 171 мг/л, а среднее его значение достоверно превышало нормальные показатели (28,1±3,9 мг/л, при норме 4,0±1,0; p<0,01). После завершения интенсивной фазы химиотерапии уровень СРБ у обследованных больных снизился до 11,4±2,3 мг/л, оставаясь достоверно выше нормы. Корреляционный анализ показал, что СРБ прямо и тесно коррелирует с другими реактантами острой фазы (с а1-АТ r=0.48;p<0,01, с Нр r=0,56;p<0,01 и с Ф r=0,64;p<0,01). Заключение: Повышение уровня СРБ в сыворотке крови у больных ЛУ туберкулезом является компонентом системного

воспалительного ответа, а диапазон его колебаний может быть использован для характеристики реактивности организма больных до начала лечения и оценки эффективности лечения при динамическом наблюдении.

445. КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ, ВЫДЕЛЯЮЩИХ МБТ С ОБШИРНОЙ ЛЕКАРСТВЕННОЙ УСТОЙЧИВОСТЬЮ К ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНЫМ ПРЕПАРАТАМ (XDR).

Комиссарова О.Г., Мишин В.Ю.,Чуканов В.И.
МГМСУ,Центральный НИИ туберкулеза РАМН, Москва

Цель: изучение структуры клинических форм и характера течения процесса у больных туберкулезом легких, выделяющих МБТ устойчивые к изониазиду (H), рифампицину (R), фторхинолону и одному из инъекционных противотуберкулезных препаратов (ПТП): канамицин, амикацин или капреомицин.
Материалы и методы исследования: под наблюдением находился 41 больной туберкулезом легких с обширной лекарственной устойчивостью (ОЛУ) МБТ к ПТП. Возраст больных колебался от 18 до 64 лет. Мужчин было 32 (78%), женщин – 9(22%).
Результаты: при распределении по формам заболевания наибольшую группу составили больные фиброзно-кавернозным туберкулезом легких – 30 (73,1%). Диссеминированный туберкулез был диагностирован у 4 (9,8%),инфильтративный – у 4 (9,8%), казеозная пневмония – у 3 (7,3%) больных. У 14,6% больных процесс был выявлен впервые, и химиотерапия этим пациентам не проводилась. Острое течение процесса имело место у 12 (29,3%), торпидное – у 29 (70,7%) больных. Полости распада в легких были выявлены у 40 (97,6%) больных. Бактериовыделение было умеренным у 14 (34,1%) и обильным - у 27 (65,9%) больных. При этом устойчивость к стрептомицину наблюдалась у 41 (100%), к изониазиду - у 41 (100%), рифампицину – у 41 (100%), фторхинолону – у 41 (100%). При этом устойчивость к таким резервным ПТП как канамицин, амикацин, этионамид, циклосерин и рифабутин была также высока и колебалась от 52,2 до 73,1%.
Заключение: у больных туберкулезом легких, выделяющих МБТ с ОЛУ к ПТП специфический процесс характеризуется выраженной клинической симптоматикой, наличием активно размножающейся лекарственно-устойчивой популяции МБТ и распада в легочной ткани.

446. ОСОБЕННОСТИ ОБЪЕМА ПОРАЖЕНИЯ ПРИ ВПЕРВЫЕ ВЫЯВЛЕННОМ ТУБЕРКУЛЕЗЕ

Чижонкова Е. Б., Бородулина Е.А., Бородулин Б.Е., Калинкин А.В., Поваляева Л.В.
ГОУВПО «СамГМУ Росздрава», г. Самара

Цель. Оценить распространенность процесса при рентгенологическом обследовании у впервые выявленных больных туберкулезом лёгких. Материалы и методы. Проведен анализ случаев впервые выявленного туберкулеза за 2006 год (n=121). 1 группа – ограниченный процесс (поражение легких очаговыми тенями до 2-х сегментов, затемнения в легких не более 2-х сегментов), 2 группа – распространенный процесс (поражение легких более 2-х сегментов, диссеминированные процессы, поражение до 2-х сегментов с очагами отсева). По методу выявления различалось активное (по профосмотру) и пассивное (обращение пациента с жалобами). Результаты. Активно выявлено 54,55% (66), пассивно 45,45% (55) человек. В 1 группу вошли 38,02% (46), во 2 группу - 61,98% (75) пациентов. В 1 группе 58,7% (27) мужчин, во 2-ой - 78,67% (59) (OR =2,59, 95% ДИ 1,16-5,81, p = 0,019). Средний возраст 39,9 - 40,2 года в обеих группах. В 1-ой группе активно выявлено 60,9% (28) человек, во второй- 50,67% (38). Высшее образование у 18% (22), из них 59% (13) из 1-ой группы. Плохие жилищные условия

отмечались в 65,2% и у 77,3% обследованных групп (OR =0,54, 95% ДИ 0,24 - 1,23, p=0,14). Одиноких пациентов 58,68% (71). ВИЧ инфекция у 15,7% (19), при этом у 63,2% (12) с распространенными процессами. Употребляли наркотики 18,2% (22), из них 77,27% (17) имели распространенный процесс. Микобактерии туберкулеза обнаружены у 68,6% (83), чаще с распространенными процессами 86,7% (65) (p<0.001). Умерло в течение первого года после выявления 5,79% (7) человек, из них 85,7% (6) 2-ой группы. Выводы: В современных эпидемиологических условиях по туберкулезу 45,5% больных выявляются по обращаемости с жалобами в общую лечебную сеть, 61,98% с распространенными процессами.

447. МЕТОД ПОВЫШЕНИЯ РЕЗУЛЬТАТИВНОСТИ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ПЕРВИЧНОЙ ЛЕКАРСТВЕННОЙ УСТОЙЧИВОСТИ МИКОБАКТЕРИЙ ТУБЕРКУЛЁЗА В Г. САМАРА

Тютнева О.Г., Бородулин Б.Е., Бородулина Е. А.
ГОУВПО «СамГМУ Росздрава», г. Самара

Одной из задач современной фтизиатрии является совершенствование методов определения первичной лекарственной устойчивости (ЛУ) микобактерий туберкулёза (МБТ). Цель. Повысить эффективность определения ЛУ МБТ. Материалы и методы. ЛУ МБТ определялась методом абсолютных концентраций. Сравнивался традиционный способ подготовки материала и применяемый нами способ. Согласно предлагаемому способу культура МБТ помещают петлёй во флакон с завинчивающейся крышкой с физиологическим раствором. На дне флакона находятся стеклянные шарики и маленький металлический гвоздь. Флакон ставится на магнитную мешалку и в течение 10 минут доводится до однородной консистенции, стандартизируется по стандарту мутности. На втором этапе, инокуляции бактериальной суспензии, шаговой пипеткой 2,5 мл со стерильным наконечником забирается по 0,2 мл суспензии и вносится в пробирки со средами, содержащими противотуберкулёзные препараты. Сравнивались результаты выявления первичной ЛУ МБТ определяемой при традиционной подготовке материала до 2005 года и предлагаемым способом. Результаты и обсуждения. В результате применяемого способа подготовки материала эффективность обнаружения первичной ЛУ за два года повысилась в среднем на 40%. Первичная ЛУ по г. Самара в 2006 году выявлялась в 49,5%, множественная лекарственная устойчивость (МЛУ) определялась в 28,1% у впервые выявленных пациентов бактериовыделителей, причём в 24,9% кроме изониазида и рифампицина сочеталась с устойчивостью к стрептомицину и этамбутолу. Заключение. Предлагаемый способ подготовки материала (МБТ) к определению ЛУ сокращает время подготовки материала к посеву, автоматизирует приготовлении суспензии, повышает безопасность работников лаборатории. Повышает результативность определения ЛУ на 40% по сравнению с традиционным способом.

448. ТУБЕРКУЛИНОВАЯ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬ У ДЕТЕЙ С ГАСТРИТОМ, АССОЦИИРОВАННЫМ С HELICOBACTER PYLORI

Титова С. С., Бородулин Б.Е., Бородулина Е.А., Печкуров Д.В.
ГОУВПО «СамГМУ Росздрава» г. Самара

Последние десятилетия активно изучается роль Helicobacter pylori и его внесистемные эффекты. Цель. Изучить особенность инфицирования МБТ детей с H. Pylori-ассоциированным гастритом. Дизайн исследования. Обследовано 200 пациентов в возрасте от 6 до 17 лет, с хроническим гастритом, в стадии обострения. Всем пациентам методом иммуноферментного анализа (ИФА) выявляся H. pylori, осуществлена биопсия слизистой оболочки желудка с дальнейшим морфологическим исследованием биоптата.

Результаты и обсуждения. У 109 детей (54,5%) морфологически или методом иммуноферментного анализа был выявлен H. Pylori, контрольную группу составили 91 ребенок (45,5%) у которых хеликобактер обнаружен не был. Наличие H. Pylori наблюдалось у 71 ребёнка (65%) с положительной пробой «вираж» и у 24 (22%) пациентов с отрицательной пробой Манту 2ТЕ. В контрольной группе положительные результаты у 31 (28,4%) пациента, и 57 (62,6%) детей с отрицательной пробой Манту 2ТЕ (отношение шансов 5,4). По степени выраженности (размер папулы): слабоположительные (папула 5 – 9 мм) 44 ребёнка (45,8%), средней интенсивности (10 – 14 мм) 24 пациента (25%), выраженные (15 –16 мм) 11 детей (11,5%), гиперэргические (17 мм и более) – 17 (17,7%). При этом у детей с позитивным H. Pylori гастритом слабоположительные пробы отмечались у 37 (38%), средней интенсивности - 15 (15,6%), выраженные – у 8 (8,3%), гиперэргические – 11 (11,5%) детей. У детей с H. Pylori негативным гастритом результаты проб были: 7 (7,3%), 9 (9%), 3 (3,2%), 6 (6,2%) соответственно. Заключение. Частота встречаемости положительных проб Манту 2ТЕ в 2 раза выше среди детей с гастритом при обнаружении у них H. Pylori. Туберкулиновая чувствительность выше в изучаемой группе по сравнению с контролем.

449. ТУБЕРКУЛЕЗ ЛЕГКИХ У ПАЦИЕНТОВ С ПСИХИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Савлев В.А., Бородулина Е.А.
ГОУВПО «Самарский Государственный медицинский университет Росздрава»

В настоящее время сохраняется напряженная ситуация по туберкулезу в РФ. Одной из групп риска по туберкулезу (ТБ) являются пациенты, состоящие на учете у психиатра. Цель: изучить особенности туберкулеза у пациентов с психическими заболеваниями. Материалы и методы: обследованы 30 пациентов при случайной выборке с психическими заболеваниями, страдающих туберкулезом, находящихся на лечении в психиатрическом стационаре за период 2006 года. Результаты: Среди обследуемых было 27 (90%) мужчин и 3 (10%) женщины. Средний возраст 47,2 ± 6,3. По заболеваниям: органическое заболевание головного мозга (ОЗГМ) – 14 (46,7%), шизофрения параноидальная – 12 (40%); олигофрения – 3(10%); алкогольная энцефалопатия со слабоумием – 1(3,3%) человек. По формам ТБ: инфильтративный – 20 (66,7%), очаговый – 4 (13,3%), фиброзно – кавернозный – 3 (10%), диссеминированный– 1 (3,3%), цирротический– 1 (3,3%), казеозная пневмония – 1 (3,3%). Инфильтративный туберкулез наиболее часто развивался при шизофрении у 10 (83,3%) пациентов и у 8 (57,1%) больных ОЗГМ. Фиброзно-кавернозный туберкулез у одного пациента с алкогольной энцефалопатией и у двух - с ОЗГМ. Очаговый туберкулез у 1 пациента с ОЗГМ, 2 с шизофренией и у 1 с олигофренией. Казеозная пневмония и диссеминированный туберкулез развились у пациентов с ОЗГМ (2). Микобактерии обнаружены в 72%. Заключение: У пациентов с психическими заболеваниями (группа риска) туберкулез чаще развивается у мужчин, соотношение 9:1. Туберкулез лёгких наблюдался в 87% у пациентов с органическим заболеванием головного мозга и шизофренией. Среди клинических форм туберкулёза лёгких самым распространённым был инфильтративный туберкулез (66,7%).

450. ВЫЯВЛЕНИЕ ТУБЕРКУЛЁЗА В КРУПНОМ ПРОМЫШЛЕННОМ ЦЕНТРЕ НА НАЧАЛО РЕАЛИЗАЦИИ НАЦИОНАЛЬНОГО ПРОЕКТА «ЗДОРОВЬЕ»

Бородулин Б.Е., Бородулина Е.А., Чижонкова Е.Б., Галилей М.В., Курбатова Е.В.
ГОУВПО «Самарский Государственный медицинский университет Росздрава»

Цель. Изучить эффективность методов выявления туберкулёза в крупном промышленном центре на начало реализации национального проекта «Здоровье». Материалы и методы. Изучены амбулаторные карты и истории болезни 456 пациентов с впервые выявленным

туберкулезом в г. Самаре за период 01.01.2001 по 31.12.2005 в г. Самаре. В зависимости от обстоятельств выявления ТБ, все пациенты были разделены на две группы: 1-я группа (ТБ был выявлен при обращении с наличием симптомов легочного заболевания) 266 (58,3%) пациентов, 2-я группа (туберкулез был выявлен активно при проверочной флюорографии) - 190 (41,7%) пациентов. Результаты. Среди пациентов 1-й группы 143 (53,8%) выявлены в стационаре общего профиля, 107 (40,2%) в поликлинике, по жалобам среди контакта по бактериовыделителю в ПТД у 16 (6,0%). Среди пациентов 2-й группы большинство выявлено в поликлинике при проверочной флюорографии – у 153 (82,3%), у 27 (14,5%) туберкулез был выявлен в стационаре общего профиля при отсутствии ККФ при поступлении, и у 6 (3,2%) по контакту в ПТД в момент взятия на учёт. Не работающие лица трудоспособного возраста составили 43%, из которых выявлены по обращению 81%, методом ККФ – 55%. Сроки постановки диагноза: 2 недели – 7% (36); 1 месяц – 57% (260); 1,5 месяца – 30,3% (138); 2 месяца – 4,8% (22). Обнаружение микобактерий методом микроскопии у 109 чел. (24%): в стационаре 81 чел. (17,8%), поликлиника 28 чел. (6,2%). Заключение. В современных условиях ТБ чаще выявляется по обращаемости за медицинской помощью (58,3%), из них в стационаре общего профиля выявляется в 63,9%, при этом у 68,7% пациентов при поступлении отсутствует ККФ. В среднем окончательный срок постановки диагноза ТБ составлял 1,25 месяца. Не работающие лица трудоспособного возраста составили 43%.

451. ПРИК-ТЕСТ В ДИАГНОСТИКЕ ИНФИЦИРОВАНИЯ МИКОБАКТЕРИЯМИ ТУБЕРКУЛЕЗА

Е.А.Бородулина, Е. А. Амосова, Титова С.С., Крюкова А.М.
ГОУ ВПО «СамГМУ Росздрава», г. Самара, Россия.

Цель работы повышение эффективности диагностики инфицирования микобактериями туберкулёза.
Материалы и методы. 155 детям с положительной пробой Манту с 2 ТЕ проводилась накожная градуированная проба. На правой руке поверхностную скарификацию кожи проводили оспенным пером (проба Гринчара-Карпиловского). На левой руке индивидуальным прик - ланцетом (прик-тест). Проба трактовалась как инфекционная при положительных реакциях на все разведения туберкулина, при положительной реакции на 100% и 25% растворы пробу расценивали как поствакцинальную. Для сравнительной оценки пробы использовали 5-бальную шкалу (выраженность папулы, округлость папулы, четкость границ, контуры, наличие гиперемии). Результаты. При проведении пробы с использованием оспенного пера у 25 детей (16%) отмечались случаи повреждения поверхностных сосудов, что сопровождалось гиперемией и пропотеванием крови. В течение первых 15 минут, 31 человек (20%) отмечали зуд кожи на правой руке, при постановке прик-тестом подобных явлений не отмечено. Оценка результатов пробы проводилась через 24, 48 и 72 часа, сравнивались результаты на обеих руках. При проведении пробы традиционным способом (оспенным пером) отмечалась папула неправильной формы с неровными контурами, в связи с этим имелись трудности в измерении папулы и оценки результата. При применении прик-теста отмечалась четкая реакция, что выражалось в папуле округлой формы с четкими границами, равномерными размерами в диаметре, отсутствием перифокальной размытой гиперемии. Заключение: проба с помощью прик-теста стандартизирована (меньше зависимости от квалификации среднего медицинского персонала), задается одинаковая глубина повреждения кожи, требуется меньшая поверхность кожи, оценка пробы (измерение диаметра папулы) носит более объективный характер.

452. ОПТИМИЗАЦИЯ ЛЕЧЕНИЯ ИНФИЛЬТРАТИВНОГО ТУБЕРКУЛЕЗА ЛЕГКИХ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ТРЕНАЖЕРА ДЫХАТЕЛЬНОГО ИНДИВИДУАЛЬНОГО (ТДИ-1)

Лысов А.В., Мордык А. В., Иванова О.Г., Пулькис А.В., Янов В.Г.
Омская государственная медицинская академия

Цель исследования: Изучение влияния на результаты лечения туберкулеза использования ТДИ-1 (аппарата Фролова). Материалы и методы: Исследование когортное проспективное. Включены 24 пациента. Критерии включения: впервые выявленный инфильтративный туберкулез легких в фазе распада, получение химиотерапии по интенсивной фазе в течение 2 мес, прекращение бактериовыделения, средний возраст 20-40 лет. В 1 группу вошли 12 пациентов, которые на фоне комплексной терапии туберкулеза выполняли дыхательные упражнения на ТДИ-1 ежедневно 2 мес. Изучалось состояние реактивности организма, психовегетативного статуса, результатов лечения туберкулеза по общепринятым методикам. Результаты: У всех пациентов, включенных в исследование, преобладали патологические типы реактивности, адекватной реактивность была у 4 больных(33,3%) в 1 группе и у 5 (41,6%) во 2 группе. При изучении вариабельности сердечного ритма (ВСР) выявлено преобладание симпатикотонии. При исследовании психического статуса по шкале тревоги Гамильтона выявлен высокий суммарный показатель соматической и психической тревоги: 29,8+3,2 и 28,7+4,1 в группах сравнения соответственно. Спустя 2 месяца наблюдения в 1 группе пациентов с использованием ТДИ-1 отмечалось восстановление адекватной реактивности, нормотонии по ВСР, снижение показателя тревоги до 8,9+3,2, закрытие полостей распада у 11 пациентов. В группе сравнения патологическая реактивность сохранялась у 4 больных, симпатикотония у 5, показатель тревоги составил 23,4+4,1; полости распада закрылись у 7 пациентов. Заключение: Использование наряду с комплексной терапией туберкулеза ТДИ-1 позволяет добиться быстрого восстановления адекватной реактивности, психовегетативного статуса у больных туберкулезом, что положительно отражается на результатах лечения туберкулеза.

453. ВЛИЯНИЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ ПРОГРАММ (ШКОЛЫ ФТИЗИАТРА) НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ

Мухтаров Д.З., Алижанова Н.А.
НИИ Фтизиатрии и пульмонологии

Целью работы являлось изучение качества жизни (КЖ) больных туберкулезом легких. Материал и методы. Были обследованы 10 практически здоровых лиц (5 мужчин и 5 женщин) в возрасте 30±3,72 лет и 26 больных с впервые выявленным инфильтративным туберкулезом. У всех больных была обнаружена деструкция в легких, все больные были бактериовыделителями. КЖ изучалось по опроснику SF-36. Показатели КЖ изучались в динамике – до начала и в конце лечения. Полученные результаты и их обсуждение. Как показали проведенные исследования, показатели КЖ больных туберкулезом легких оказались значительно ниже здоровых лиц. На фоне лечения и обучения в «школе фтизиатра» прослеживается отчетливая тенденция к увеличению КЖ пациентов, однако, страдают их социальная активность, жизнеспособность, что можно объяснить влиянием стационарного режима. В тоже время отмечена положительная роль «Школы фтизиатра», где больным проводилась разъяснительная работа по туберкулезу (диагностика, профилактика, лечение), что оказало позитивное влияние на исход заболевания. Отмечался также положительная динамика лечение больных. Так, к окончанию основного курса лечения через 6-8 мес. лечения 4-5 антибактериальными препаратами абациллирование наступило у 92,2±1,2%, закрытие полостей деструкции – у 89,1±1,6% больных.

454. РЕЗУЛЬТАТЫ НАБЛЮДЕНИЯ ЗА БОЛЬНЫМИ С ЛЕКАРСТВЕННО-УСТОЙЧИВЫМ ТУБЕРКУЛЕЗОМ, ПОЛУЧАВШИМИ И НЕ ПОЛУЧАВШИМИ ЛЕЧЕНИЕ ПРЕПАРАТАМИ «РЕЗЕРВА»

Ханин А. Л., Долгих С.А.
ГОУ ДПО НГИУВ Росздрава

Основными причинами формирования ЛУ ТБ являются: неполноценные схемы ХТ и неконтролируемое, прерывистое лечение. Эти же причины приводят к формированию суперустойчивости (ЛУ к АБП резерва). В условиях эпидемии ТБ, в популяции населения постепенно накапливается массив больных с ЛУ ТБ, поэтому все чаще встречаются случаи заражения ЛУ ТБ. Это одна из причин появления ЛУ ТБ у детей и подростков. Поэтому важно соблюдение принципов отбора больных на курс лечения препаратами резерва, методика удержания больных на курсе лечения. Обоснование отказов в лечении нережимным больным. В данном сообщении приводятся результаты анализа 433 пациентов с ЛУ ТБ, представленных на КЭК по ЛУ ТБ с 2003 по 2006 год. Отобрано на курс терапии 234 человека, начали лечение 211 человек (48,7%). Отказано по разным причинам – 222 больным (51,3%). Среди взятых и закончивших полный курс терапии (18-24 месяца) эффективными (по критериям ВОЗ–ДОТС-плюс) признано 63,8% больных, оторвались от лечения 20,6% больных, неудача лечения–10,6%, умерли на курсе 5,7%. Абациллировано – 68,4%, полости распада закрыты у 65,7%. При анализе группы социальных и курабельных пациентов (105 человек) абациллирование достигнуто у 85,1%, закрытие полостей – 83,4%. Среди больных, не получающих лечение (222 человека) умерли 61 человек (27,5%), из них – 67,2% в течение 1 года наблюдения, 27,9% - в течение 2 года наблюдения, 4,9% прожили более 2 лет, остальные 161 человек (72,5%) продолжают наблюдаться по 2Б группе ДУ. Привлечь их к лечению невозможно из-за их нережимности, ограниченности ресурсов, отсутствия условий для принудительной изоляции и контролируемого лечения.

455. ВЫЯВЛЕНИЕ ПСИХОВЕГЕТАТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ У БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ И ИХ КОРРЕКЦИЯ ПРЕПАРАТОМ АФОБАЗОЛ

Мордык А. В., Русанова Н.Н., Черная М.В.
Омская государственная медицинская академия

Цель исследования: Изучение психовегетативного статуса больных туберкулезом и коррекция выявленных нарушений препаратом афобазол. Материалы и методы: Исследование когортное, проспективное. В исследование включены 98 пациентов в соответствии с критериями включения: средний возраст 18-45 лет, впервые выявленный туберкулез легких, информированное согласие на участие в исследовании. Пациенты попарно разделены на группы сравнения: пациенты 1 группы в течении первого месяца химиотерапии туберкулеза получали афобазол. Всем пациентам, включенным в исследование, проводилось изучение вариабельности сердечного ритма (ВРС) по методу Р.М. Баевского (1986), исследование психического статуса при помощи шкалы тревоги Гамильтона. Регистрировались побочные реакции на противотуберкулезные препараты (ПТП), оценивалась эффективность лечения через 6 месяцев наблюдения. Результаты. У всех пациентов до начала лечения выявлены нарушения всех звеньев регуляции вегетативной нервной системы. На фоне лечения афобазолом отмечается тенденция к нормализации основных индексов ВСР ($p<0,05$), в то время как в группе сравнения симпатикотония нарастает. У всех пациентов до начала лечения выявлены высокие показатели соматической и психической тревоги по шкале Гамиллтона. на фоне приема афобазола уменьшились проявления психической тревоги ($p<0,05$), а у пациентов группы сравнения возрастала соматическая тревога ($p<0,05$), что, по-видимому, связано с

побочным действием ПТП. В группе сравнения зарегистрировано на 46,5% больше побочных реакций на ПТП, ниже была эффективность лечения. Заключение. У больных туберкулезом в 100% случаев выявляются психовегетативные нарушения, которые усугубляются химиотерапией. Коррекция этих нарушений позволит оптимизировать результаты лечения туберкулеза.

456. БИОХИМИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ОЗОНОТЕРАПИИ В КОМПЛЕКСНОЙ ХИМИОТЕРАПИИ ДЕСТРУКТИВНЫХ ФОРМ ТУБЕРКУЛЕЗА ЛЕГКИХ

Мажак К. Д., Иванов Г.А., Писаренко Е.И., Павленко А.В.
Львовский НИИ эпидемиологии и гигиены МЗ Украины

Цель исследования - изучение целесообразности использования озонотерапии в лечении впервые выявленных больных деструктивным туберкулезом легких. Обследовано 134 больных деструктивными формами туберкулеза легких с бактериовыделением (химиорезистентность выявлена у 48 пациентов) до, в процессе и после завершения химиотерапии. У 104 больных комплексная химиотерапия была дополнена озонотерапией. В крови определялись показатели энергетического обмена, системы ПОЛ и АОС, протеиназы-ингибиторы, белки «острой фазы» воспаления, изоферментный спектр НАД-зависимых дегидрогеназ, а также проводились общеклинические исследования. Эффективность и безопасность использования избранных доз (8, 12, и 18 мг/л) озона доказана в эксперименте с лекарственным поражением животных при применении туберкулостатиков. Результаты исследований показали, что токсическое действие туберкулостатиков истощает ресурсы антиоксидантной защиты и активизирует ПОЛ, в то время как озонотерапия стимулирует антиоксидантный потенциал клетки и обладает железосберегательной функцией. Применение озонированных растворов значительно ограничивало рост активности АСТ и противодействовало росту активности АЛТ, ЛДГ, АДА, препятствовало развивающейся ферментемии, о чем свидетельствуют однонаправленые сдвиги в сторону увеличения активности изоэнзимов цитолитического пула. Использование 12 мг/л озона способствовало остановке развития холестатических изменений, улучшало показатели энергетического обмена. Разработанные методы позволили повысить частоту и сократить сроки абациллирования при ограниченных процессах до 97,9±2,07 %, при распространенных формах – 92,6±3,49 % за 90 дней, добиться закрытия полостей распада соответственно в 47,9±6,93 % и 32,1±6,24 % за 90 дней.

457. ИСПОЛЬЗОВАНИЕ БРОНХОАЛЬВЕОЛЯРНОГО ЛАВАЖА ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ТУБЕРКУЛЕЗА ЛЕГКИХ

Торкатюк Е. А. - 1, Табанакова И.А. -2, Селизарова Е.М. - 2, Судомоин Д.С. - 2
ГОУ ДПО СПб МАПО Росздрава, Санкт-Петербург - 1, ФГУ СПб НИИФ Росздрава, Санкт-Петербург - 2

Цель: Оценить эффективность микробиологического исследования жидкости бронхоальвеолярного лаважа в диагностике инфильтративного туберкулеза легких. Методы: Обследовано 34 больных впервые выявленным инфильтративным туберкулезом легких (ИТ) в возрасте от 19 до 67 лет (средний возраст составил 39,8± 1,6 лет). С целью подтверждения диагноза производили микробиологическое исследование мокроты/промывных вод бронхов, включавшее бактериоскопию мазков, окрашенных по Цилю-Нельсену, и бактериологическое исследование методом посева на среду Левенштейна-Йенсена. При бронхологическом исследовании производили бронхоальвеолярный лаваж (БАЛ), полученную жидкость также подвергали микробиологическому исследованию (бактериоскопия мазков, окрашенных по Цилю-

Нельсену, и бактериологическое исследование методом посева на среду Левенштейна-Йенсена). Результаты: При исследовании мокроты/промывных вод бактериовыделение было документировано у 12 (35,3%) пациентов ИТ, причем у пятерых (41,7%) из них МБТ были выделены только методом посева. Среди больных, не выделявших МБТ с мокротой, у шести (27,3%) пациентов по результатам микробиологического исследования лаважной жидкости, впервые установлено бактериовыделение.
Заключение: Использование бронхоскопического исследования со взятием лаважной жидкости повышает эффективность микробиологической диагностики туберкулеза по сравнению с исследованием мокроты/промывных вод бронхов, особенно у больных с олигобациллярными туберкулезом.

458. ЭФФЕКТИВНОСТЬ РЕГИОНАЛЬНОЙ ЛИМФОТРОПНОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ ПРИ СОПУТСТВУЮЩИХ ПОРАЖЕНИЯХ ПЕЧЕНИ.

Белоцерковец В.Г.
НИИ фтизиатрии и пульмонологии, г. Ташкент, Республика Узбекистан

Цель: показать, что при лимфотропном пути введения 10% изониазида, оказывается меньшая токсическая нагрузка на печень, что создает предпосылки к снижению частоты и интенсивности проявлений его гепатотоксического действия. Материалы и методы исследования. Было обследовано 58 больных туберкулезом легких с различными вариантами поражения печени. При обследовании выявлены различные варианты поражения печени: лекарственный гепатит; хронический активный гепатит; вирусный гепатит в анамнезе; вирусоносительство HbsAg антигена. Помимо изониазида, больные в обеих группах получали еще этамбутол, стрептомицин внутримышечно и ингаляционно; пиразинамид. Рифампицин этим больным не назначался в связи с его выраженным гепатотоксическим действием. Кроме специфической химиотерапии больные получали гепатотропные и дезинтоксикационные препараты. Обсуждение результатов: Оценку эффективности лимфотропной терапии (ЛТ) проводили на основании динамики клинических, рентгенологических и биохимических показателей. В результате лечения в основной группе, получавшей изониазид лимфотропно, абацилирование наступило у 90,2±4,6% больных, а в контрольной группе оно произошло у 76,9±8,2%. Закрытие полостей распада в основной группе за 4 месяца лечения наступило у 48,1±6,7% больных, а в контрольной группе только у 35,7±9,1%; P>0,5. Причем, в первые 3 месяца лечения, закрытие полостей распада отмечено у 18,5% больных основной и у 10,7% пациентов контрольной группы. В сроки от 3 до 5 месяцев, закрытие каверн было еще у 29,6% больных основной группы и у 25%-контрольн

459. ЛАЗЕРНАЯ ТЕРАПИЯ ТУБЕРКУЛЕЗА ЛЕГКИХ.

Левкина М.В.-1, Скворцова Л.А.-1, Кирьянова В.В.-2,Сапожникова Н.В.-1
ФГУ «Санкт-Петербургский НИИ фтизиопульмонологии Росздрава»-1, ГОУ ДПО «Санкт-Петербургский МАПО Росздрава»-2

Цель: повысить эффективность лечения инфильтративного деструктивного туберкулеза легких с использованием низкоинтенсивного лазерного излучения (НИЛИ). Методики и режимы лазеротерапии (ЛТ) отработаны в эксперименте на белых беспородных мышах. Аппаратом «Гелиос-01М», облучали легкие и селезенку в двух режимах, условно обозначенных как «слабый» и «сильный», по 1сек.на орган; №10 ч/д. Доказана эффективность НИЛИ, наиболее выраженная в «сильном»: снижение бактериовыделения, уменьшение индекса поражения внутренних органов, повышение поглотительной и переваривающей способности макрофагов ($p<0,001$). Это позволило применить его в комплексном лечении больных. В клинике больным инфильтративным деструктивным

туберкулезом легких на фоне на фоне приема противотуберкулёзных препаратов проводили лазеротерапию: облучали зону поражения с трех полей и селезенку по 2 мин. на поле, №10, ч/д. У 74% пациентов, получавших ЛТ, симптомы интоксикации купировались к 1-му месяцу лечения, в контрольной - 37,5% ($p<0,001$). Ближайшие результаты показали, что у пациентов основной группы прекращение бактериовыделения и закрытие участков деструкций, в т.ч. полостей распада, ко 2-му месяцу лечения произошло у половины больных. В контрольной - у 36,0% и 25,0% пациентов соответственно. Повышение иммунитета (по уровню СД4, СД8) отмечено у 76,5% основной группы и 52,2% контрольной. Заключение: НИЛИ достоверно повышает эффективность терапии туберкулеза легких.

460. ЭПИДЕМИОЛОГИЯ ТУБЕРКУЛЕЗА В УКРАИНЕ ЗА 2002 - 2006 ГОДЫ.

Дорошенко П. Н., Мельник В.М., Новожилова И.А., Сметанина О.Р., Арефьева Л.В.
Институт фтизиатрии и пульмонологии им. Ф.Г. Яновского АМН Украины

С целью изучения распространенности туберкулеза в Украине за последние 5 лет (2002-2006 гг.) были изучены и проанализированы статистические отчеты 27 регионов Украины. Было установлено, что заболеваемость всеми формами туберкулеза увеличилась на 10,1 % (с 75,6 в 2002 г. до 83,2 на 100 тыс. нас. в 2006 г.), а за последние два года (2005-2006 гг.) наблюдалось снижение заболеваемости туберкулезом на 1,1 % (с 84,1 до 83,2 на 100 тыс. нас.). Наибольшие показатели заболеваемости туберкулезом в 2006 г. регистрировались в южно-восточных регионах (106,2 - 155,7 на 100 тыс. нас.). Одной из особенностей современного туберкулеза является значительное количество запущенных форм среди впервые выявленных больных, распространение поликавернозных процессов, обильное бактериовыделение, что приводит к снижению качества лечения и как следствие - увеличение показателя смертности. Увеличилась заболеваемость детей туберкулезом на 9,1 %: в 2002 г. - 8,8 %; в 2006 г. - 9,6 % на 100 тыс. детского нас. Рецидивы туберкулеза за последние 5 лет возросли в 1,9 раза (2002 г. - 6,4; в 2006 г. - 12,4 на 100 тыс. нас.). Заболеваемость внелегочным туберкулезом увеличилась в 2,5 раза за последние 5 лет (2002-2006 гг.). Количество больных, умерших в домашних условиях, увеличилось на 8,4 % (2002 г. - 30,9 %; 2006 г. - 33,5 %). Смертность от всех форм туберкулеза увеличилась на 0,8 % (в 2002 г. умерло 9884 больных; в 2006 г. - 9974). Заключение. Ситуация с туберкулезом в Украине остается довольно сложной. Не решены проблемы уменьшения рецидивов туберкулеза, раннего выявления внелегочного туберкулеза как у взрослых, так и детей, количества умерших больных в домашних условиях. Все эти вопросы будут решаться в 2007-2011 гг., что включено в новую Национальную программу контроля за туберкулезом в Украине.

461. КЛИНИКО-ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ У БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ С ПЕРВИЧНОЙ МНОЖЕСТВЕННО-ЛЕКАРСТВЕННОЙ УСТОЙЧИВОСТЬЮ ПРИ ПРИМЕНЕНИИ БИОЛОГИЧЕСКИ АКТИВНОЙ ДОБАВКИ К ПИЩЕ С ИММУНОМОДУЛИРУЮЩИМ ДЕЙСТВИЕМ «ТРАНСФЕР ФАКТОРЫ»

А.Есенгельдиева-1, И.Цой-2, Ж.А.Спанкулов-1
Областной противотуберкулезный диспансер, г.Шымкент, Казахская академия питания, г.Алматы-2

Целью настоящего исследования явилось изучение клинико-иммунологической эффективности биологически активной добавки к пище с иммуномодулирующим воздействием «Трансфер факторы» у больных туберкулезом легких с первичной множественной лекарственной устойчивостью. Материалы и методы. В работе использованы «Трансфер факторы» , которые представляют собой биологически

активную добавку, обладающую иммунокорригирующим действием, изготовленную на основе коровьего молозива. Обследованы 56 больных туберкулезом органов дыхания с первичной множественной лекарственной устойчивостью с помощью клинико-рентгенологических, лабораторных и иммунологических методов. Все больные наблюдались в стационарном отделении областного противотуберкулезного диспансера. Результаты и обсуждение. Применение трансфер факторов, наряду с проводимой полихимиотерапией резервными противотуберкулезными препаратами, у больных первичной множественно -лекарственноустойчивой формой туберкулеза легких ускоряет положительную клиническую динамику, сроки конверсии результатов мазка мокроты, регрессию туберкулезных изменений в легочной паренхиме с развитием репаративных процессов, улучшает течение туберкулезного процесса, показатели печеночных проб, переносимость токсичных химиопрепаратов, а также исходного иммунологического дисбаланса. Заключение. Трансфер факторы рекомендуется включать в комплексное патогенетическое лечение больных с туберкулезом легких с первичной лекарственной устойчивостью наряду с полихимиотерапией.

462. СТРУКТУРА ПАТОЛОГИИ ОРГАНОВ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ ВЫЯВЛЕННОЙ ПРИ ФЛЮОРОГРАФИЧЕСКИХ ОСМОТРАХ НАСЕЛЕНИЯ

Выберанец Т.И.-1, Сельцовский П.П.-1, Федулова Т.И.-2
Московский городской научно-практический центр борьбы с туберкулезом Департамента здравоохранения города Москвы-1, Российская медицинская академия последипломного образования-2

Флюорографические осмотры являются мощным инструментом скрининга патологии грудной клетки, однако количественных характеристик результатов этих осмотров в настоящее время в исследованиях не приводится. Данные литературы относятся преимущественно к 50-60 годам прошлого века. В целях анализа распространенности и структуры патологии грудной клетки было предпринято настоящее исследование. Анализ результатов флюорографических осмотров в одном из административных округов г. Москвы за 2006 год, показал, что из 264899 человек, прошедших указанные осмотры, выявлено 3835 человек с патологией на флюорограммах. Из них только 4% составил туберкулез, 3,2% - онкология, 27,6% - пневмонии, ХОБЛ - 13%, патология сердца - 2,8%, костная патология - 1,4%. Эти данные указывают на необходимость организации потоков больных с целью уточнения диагноза и последующего лечения в специализированные лечебно-профилактические учреждения (подразделения), к врачам-специалистам.

463. ФЛЮОРОГРАФИЧЕСКИЙ СКРИНИНГ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОРГАНОВ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ

Выберанец Т.И.-1, Горбунов А.В.-1, Федулова Т.И.-2
Московский научно-практический центр борьбы с туберкулезом Департамента здравоохранения Москвы-1, Российская медицинская академия последипломного образования-2

На практике принято связывать флюорографические профилактические осмотры населения преимущественно с выявлением туберкулеза легких. Соответственно и организационно-методическое руководство этими осмотрами, которые проводятся амбулаторно-поликлиническими лечебно-профилактическими учреждениями общей сети возложено на фтизиатрическую службу. Однако имеется большое число исследований, которые показывают эффективность флюорографического метода для выявления других заболеваний грудной клетки. Это патология сердца, онкология легких, заболевания грудного отдела позвоночника и ребер. По данным ряда исследователей количество таких больных значительно. В городе Москве так ежегодно осматривается 3,275 тыс., при этом

выявляется 56 тыс. человек с патологией органов дыхания. Из этого количества всего 1545 человек больные туберкулезом легких, т.е. 2,8%. Больные другой патологией органов грудной клетки, выявленные в процессе этих осмотров, направляются к участковому терапевту (семейному врачу) или врачу- специалисту, который решает в дальнейшем вопросы окончательной диагностики и их лечения. В связи с указанным, предлагается выбор организационной формы оценки результатов исследования: это дополнительный просмотр флюорограмм с патологией легких рентгенологом и направление лиц с предположительно выявленной патологией грудной клетки в специализированное медицинское учреждение или рассмотрение медицинской документации комиссионно на базе одного из специализированных учреждений (пульмонологические комиссии).

464. ИММУНОЛОГИЧЕСКАЯ РЕАКТИВНОСТЬ ДЕТЕЙ С ОСЛОЖНЕНИЯМИ НА ВАКЦИНАЦИЮ БЦЖ

Позднякова А.С., Леви Д.Т., Суркова Л.К., Белевцев М.В., Поворова О.М.
ГУ «БелМАПО», ФГУ «ГНИИ СиКМБП», ГУ «НИИ П и Ф», ГУ «РНПЦДОиГ», г.Минск.

Целью исследования являлось проведение анализа количественных и функциональных показателей клеточного и гуморального иммунного ответа у детей раннего возраста с развитием осложнений на проведение противотуберкулезной вакцинации БЦЖ. Материал и методы: клеточный иммунный ответ оценивали у 26 детей с осложнениями вакцинации БЦЖ методом проточной цитометрии, показатели гуморального ответа и С3с, С4 компоненты системы комплемента -турбогиметрическим методом. Контрольную группу составили 24 ребенка с полноценной местной реакцией (рубчик 5мм) на БЦЖ. Результаты: в структуре осложнений преобладали регионарные левосторонние лимфадениты -37,5%, холодные абсцессы и БЦЖ-ориты составили по 31,25%. У 72% детей с осложнениями имела место перинатальная патология. Проведенные иммунологические исследования у детей с осложнениями на вакцинацию БЦЖ позволили выявить достоверные изменения показателей как клеточного, так и гуморального иммунитета. У обследуемых детей при сравнении с контрольной группой снижен активационный потенциал Т-лимфоцитов в комплексе со сниженным относительным числом цитотоксических Т-лимфоцитов. При этом у них абсолютное содержание всех исследуемых субтипов лимфоцитов достоверно выше за счет общего лимфоцитоза. При достоверном увеличении CD19+ у детей с осложнениями БЦЖ содержание Ig G, Ig M, Ig A и компонентов комплемента С3с, С4 достоверно ниже, чем у детей контрольной группы. Заключение: таким образом, выявленные нарушения иммунологической реактивности у детей с осложнениями вакцинации БЦЖ могут быть причиной их возникновения.

465. НОВЫЕ ПОДХОДЫ К ОРГАНИЗАЦИИ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМИ ФОРМАМИ ТУБЕРКУЛЕЗА

Астровко А.П., Калечиц О.М., Богомазова А.В., Довгань М.А., Бахар Д.Б.
ГУ "НИИ пульмонологии и фтизиатрии" МЗ РБ

В республике проводятся мероприятия по стабилизации эпидситуации по туберкулезу, в том числе реструктуризация и перепрофилирование коечного фонда. Удлинена нормативная средняя продолжительность стационарного лечения с 55 до 72 дней, однако для лечения больных хроническими формами туберкулеза сроки стационарного лечения должны быть более продолжительны. В областях открыты отделения для длительной изоляции больных с хроническими формами туберкулеза с постоянным бактериовыделением. Приняты меры по направлению потоков больных в зависимости от степени их эпидопасности и социальной адаптации. Снижены нагрузки на 1 должность медицинских работников до 15 больных в отделениях для лекарственно-устойчивых форм

туберкулеза. Открыта республиканская туберкулезная больница для лечения хронических мультирезистентных форм туберкулеза легких. В больнице сделано все возможное для ограничения выхода больных за территорию, имеется милицейский пост, создана инфраструктура, позволяющая оказывать все бытовые услуги на месте. В больнице созданы условия для качественного комплексного лечения с использованием современных режимов химиотерапии, открыто отделение реанимации и интенсивной терапии. Средняя длительность стационарного лечения составила 5 месяцев с применением не менее 5 противотуберкулезных препаратов. Выписано с улучшением 83,3% больных, абациллировано 22,9%, умерло 4,9%. Создание крупных больниц для хронических форм туберкулеза с бактериовыделением, прежде всего, позволяет решить эпидемиологическую проблему распространения туберкулеза среди населения и перекрестного инфицирования в легочно-туберкулезных стационарах.

466. ПЕРВЫЕ УСПЕХИ РЕАЛИЗАЦИИ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ПРОГРАММЫ «ТУБЕРКУЛЕЗ» В РЕСПУБЛИКЕ БЕЛАРУСЬ

Гуревич Г.Л., Скрягина Е.М., Астровко А.П., Калечиц О.М., Богомазова А.В., Жвалевская Я.И.
ГУ "НИИ пульмонологии и фтизиатрии" МЗ РБ

Противотуберкулезная помощь населению Беларуси осуществляется в соответствии с Государственной программой «Туберкулез» на 2005-2006 годы, предусматривающей постоянный контроль за эпидситуацией на правительственном уровне. Улучшена материально-техническая база противотуберкулезных учреждений, проведена реструктуризация фтизиатрической службы, повышено качество подготовки кадров, созданы и успешно функционируют общественные советы по туберкулезу при местных органах власти. В результате проведенных мероприятий наметились положительные сдвиги в эпидемиологии туберкулеза. Заболеваемость в 2006г. снизилась до 52,8 на 100 тысяч человек, в том числе детей – до 4,1 и подростков – до 12,9. Заметно снизилась заболеваемость туберкулезом в пенитенциарной системе: с 901,4 на 100 тысяч человек (2002г.) до 387,5 (2006г.). Медленно снижаются показатели (на 100 тыс. человек) рецидивов (8,9 – 8,4) и смертности от туберкулеза (11,2 – 10,0). В настоящее время Глобальным фондом для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией выделен грант, направленный на достижение благоприятной эпидсистуации по туберкулезу в республике.

467. ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ И ИСХОДЫ ТУБЕРКУЛЕЗА ЛЕГКИХ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С ЛЕКАРСТВЕННОЙ УСТОЙЧИВОСТЬю.

Тахтоходжаева Г.Р., Айбекова М.К., Смайлова Д.А.
НИИ фтизиатрии и пульмонологии МЗ РУз, Ташкент.

Цель исследования. Изучить результаты лечения детей и подростков с лекарственной устойчивостью к МБТ.
Результаты: Анализ истории болезни 120 подростков с туберкулезом легких, показало наличие у 77 (64.1%) бактериовыделение. Лекарственная устойчивость установлена у 27 (35.1%) обследованных, при этом устойчивость к одному препарату выявлено у 8 (10.4%), а у остальных 19 (89.6%) к нескольким препаратам. У всех подростков регистрирован резистентность к стрептомицину, который сочетался наличием устойчивости к изониазиду в 16, рифампицину- в 14, этамбутолу – в 12 случаях.
Сроки абацилирования мокроты в данной группе составил в среднем 3-4 месяца от начала химиотерапии, тогда как в контрольной группе идентичные результаты достигнуты к 1-2 месяцу лечения. Закрытия полостей распада к концу стационарного этапа лечения установлено у 10 (37.1%) обследуемых с лекарственной устойчивостью. У 3 (11.5%)

подростков, несмотря на проведенные лечение с включением резервных противотуберкулезных препаратов отмечено прогрессирование течения заболевания. Таким образом, путем сравнительного анализа эффективности лечения деструктивным форм туберкулеза легких у подростков с сохранением лекарственной чувствительности и резистентности к МБТ установлено снижение эффективности лечения при наличии лекарственной устойчивости. При этом, у последних удлиняется длительность пребывания в стационарного лечения закрытия полостей распада установлено в 2 раза чаще (82.0±5.2% и 37.1±9.3% соответственно) в группе больных с сохраненной чувствительностью, чем у подростков с лекарственной устойчивостью к МБТ.

468. СОСТОЯНИЕ ВЕГЕТАТИВНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ У ПОДРОСТКОВ БОЛЬНЫХ ДЕСТРУКТИВНЫМ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ.

Тахтоходжаева Г.Р., Айбекова М.К.
НИИ фтизиатрии и пульмонологии МЗ РУз

Цель исследования состояние вегетативной нервной системы у больных подростков с деструктивным туберкулезом легких и ее коррекция. Результаты: Нами был проанализирован исходный вегетативный тонус у 120 подростков с различными формами деструктивного туберкулеза легких и установлено, что в отличие от здоровых (6,3±4,3%) у них обнаружена высокая частота гиперсимпатикотонии (49,2±4,5%; p<0,001). В 1,6 раза чаще гиперсимпатикотония наблюдалась при кавернозном туберкулезе легких (80,0±17,9%), чем при инфильтративным (49,4±5,2%) и в 1,9 раза чаще, чем при диссеминированном (41,7±10,1%) туберкулезе. Изучение компенсаторных возможностей организма выявило гиперсимпатикотоническую вегетативную реактивность, в том числе - у 97 больных (80,8±3,6%) с перенапряжением компенсаторных возможностей и у 3(2,5±1,4%) - с полным срывом компенсаторных возможностей организма. Гиперсимпатикотонический тип вегетативной реактивности регистрировался у 4 (80,0±17,9%) больных кавернозным туберкулезом легких; у 74 (81,3±4,1%) - с инфильтративным туберкулезом легких и у 19 (79,2±8,3%) – с диссеминированным туберкулезом легких, что достоверно чаще по сравнению со здоровыми подростками. Асимпатикотоническая вегетативная реактивность чаще наблюдалась у больных с диссеминированным (4,2±4,1%) и инфильтративным (2,2±1,5%) туберкулезом легких. Таким образом, у 100 (83,3%) подростков с деструктивным туберкулезом выявлен извращенный тип вегетативной реактивности гиперсимпатикотонического и асимпатикотонического характера, что свидетельствует о перенапряжении регуляторной системы организма и срыве компенсаторных механизмов.

469. ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ВНУТРИГРУДНОГО ТУБЕРКУЛЕЗА У ДЕТЕЙ РАЗЛИЧНЫХ ВОЗРАСТОВ В ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИ НЕБЛАГОПОЛУЧНЫХ УСЛОВИЯ.

Махаматов К.М., Абсадыкова Ф.Т.
Ташкентский институт усовершенствования врачей,
НИИ фтизиатрии и пульмонологии МЗ РУз, Узбекистан, г.Ташкент.

Цель исследования – изучить клинические особенности течения внутригрудного течения туберкулеза у детей различных возрастных трупп. Результаты: 1 группа – дети раннего возраста; 2 группа- в возрасте 4 - 7 лет и 3 – 9 детей школьного возраста. В изучаемых группах детей контакт с туберкулезными больными установлен у 81,8% случаях, поствакцинальные рубцы регистрированы у 68% обследуемых. У детей диагностирован туберкулез внутригрудных лимфатических узлов (32,8%, у детей раннего возраста в 2,5% раза отмечена туморозная форма заболевания, в 3 раза - диссеминированный туберкулез легких. Вторичные формы туберкулеза в основном отмечены у детей 3 группы.

Генерализованные формы первичного туберкулеза в основном диагностированы у детей первой группы с отсутствием знака БЦЖ. Туберкулиновые пробы Манту с 2 ТЕ оказались положительными у 34,6% - первой; 62,1% - второй; у 64,8% - третьей групп исследования. Отрицательная анергия чаще отмечена у детей раннего возраста, тогда как гиперергические результаты встречаются более чаще в третьей группе 32%. Микобактерии туберкулеза в мокроте обнаружены у 2,9% больных первой; 7,1% - второй и 10,1% третьей группы исследования. Осложненное течение внутригрудного туберкулеза чаще отмечено в первой 68,5%, чем в других группах (второй 52,8%; в третьей – 41,4%). Таким образом, туберкулез развивается в основном у детей из очагов туберкулезной инфекции с недостаточно качественным проведением прививок БЦЖ.

470. ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА НЕЙРОМУЛЬТИВИТА У БОЛЬНЫХ С НЕЙРОТОКСИЧЕСКИМИ РЕАКЦИЯМИ НА ХИМИОПРЕПАРАТЫ.

Убайдуллаев А.М., Ташпулатова Ф.К.
НИИ фтизиатирии и пульмонологии МЗ РУз, г. Ташкент, Республика Узбекистан.

Цель: Оценить эффективность препарата нейромультивит фирмы «Ланнахер»(Австрия) у больных с лекарственно- устойчивым туберкулезом легких с нейротоксическими реакциями на химиопрепараты. Материал и методы: Нейромультивит- препарат для приема внутрь с высоким содержанием витаминов В1, В6,В12. Обследованы 30 больных с установленным лекарственно устойчивым туберкулезом легких(ТЛ) в возрасте от 17 до 65 лет. Все больные получали с учетом устойчивости дополнительно : канамицин, амикацин, офлодекс, протионамид, циклосерин. В процессе лечения у всех больных отмечены нейротоксические реакции на препараты в виде головной боли, головокружения, шума в ушах, онемения и болей в нижних конечностей. 20 больным назначено в целях устранения нейротоксической реакции прием нейромультивита по 1 таблетке 3 раза в день в течении 1 месяца. Контролем служили 10 больных, которые получали для устранения Витамин В1и В6, никотиновую кислоту. Результаты. В процессе лечения отмечены исчезновения головной боли (от 70%до полного устранения) болей в нижних конечностей от 40% до 15%,онемения ног от 45% до 10%, головокружения от 35% до 5%. В контрольной группе показатели были ниже в 1,5-2 раза. Сроки устранения нейротоксических реакций от химиопрепаратов у больных получавших нейромультивит, были на 7-10 дней короче, чем в контрольной группе больных.
Выводы: Препарат нейромультивит является эффективным препаратом в комплексной терапии для устранения нейротоксических реакций от химиопрепаратов у больных туберкулезом легких с ЛУ.

471. ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ТЕЧЕНИЯ ДЕСТРУКТИВНОГО ТУБЕРКУЛЕЗА ЛЕГКИХ

Убайдуллаев А.М., Ташпулатова Ф.К., Тарасова Н.В.
НИИ Фтизиатрии и пульмонологии МЗ РУз, г. Ташкент

Цель: Изучить значимость факторов риска неблагоприятного течения деструктивного туберкулеза легких (ДТЛ). Материал и методы: Обследованы 103 больных с ДТЛ. Изучены 50 факторов риска неблагоприятного течения ДТЛ. При обработке методом наибольшего правдоподобия (Севастьянов Б.А.,1982) определены коэффициенты отношения правдоподобия - коэффициенты риска (КР) неблагоприятного течения ДТЛ. Результаты: Прогностически значимыми оказались такие факторы как: возраст от 21 до 40 лет (КР-1,63), раннее леченные (КР-8,8), наличие сопутствующих заболеваний (КР-2,45), наличие казеозной пневмонии (КР-24,5), фиброзно-кавернозный туберкулез легких (КР-17,5), поражение обеих легких (КР-11), объем поражения 3 и более долей (КР-38), массивные выделения МБТ (КР-4,2), носительство гомозиготного фенотипа

гаптоглобина2-2 (КР-1,9), понижения активности эритроцитарного фермента глюкозо-6-фосфатдегидрогеназы более на 30% (КР-8), слабый тип инактивации (КР-2,8), наличие адаптационной реакции стресса (КР-1,96), повышение показателей сиаловых кислот (КР-1,8), серомукоидов КР-2,2), гаптоглобина (КР-2,4), лейкоцитоз свыше 10000 (КР-3,5), лимфопении (КР-2,3), ускоренное СОЭ свыше 40 мм/час (КР-2,5), наличие комбинаций генетических маркеров - НКГМ (КР-11). Определены диапазоны максимального и минимального риска неблагоприятного течения ДТЛ
Вывод: Разработаны критерии прогноза, позволяющие с первых дней заболевания прогнозировать характер течения деструктивного туберкулеза легких.

472. СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ТУБЕРКУЛЁЗА ЛЁГКИХ В СОЧЕТАНИИ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

Парпиева Н. Н.
НИИ фтизиатрии и пульмонологии и кафедра фтизиатрии Ташкентской Медицинской Академии, г.Ташкент, Республика Узбекистан

Из-за существующих научных и организационных причин до сих пор среди больных сахарным диабетом (СД) поздно диагностируется туберкулез, и наоборот, среди больных туберкулезом легких (ТЛ) поздно диагностируется СД. Цель-разработать критерии ранней долабораторной диагностики типов СД у больных ТЛ и предложить новые подходы к лечению больных с сочетанной патологией. На основании клинико-лабораторного обследования 186 больных сочетанной патологией нами разработан алгоритм раннего диагностического прогнозирования типа СД у больных туберкулезом. СД I типа у больных ТЛ можно диагностировать, если: ТЛ развивается чаще на фоне СД через 5 – 10 лет (87,5%), у больных молодого возраста, при этом преобладает острое и подострое начало, «свежие» распространённые инфильтративные процессы, с множественной деструкцией и выраженной клинической симптоматикой. СД II типа-если: в 60,1% случаев ТЛ развивается на фоне СД через 1-4 года, в 29% - диагностируется одновременно у больных ТЛ старше 40 лет, незаметное начало ТЛ у 57,7% и преобладают запущенные кавернозные и фиброзно-кавернозные, ограниченного объема с одиночными крупными кавернами (34,7%) и с невыраженной клинической симптоматикой. Предложены комплексная терапия туберкулёза лёгких при СД I – коррекция инсулинотерапии и назначение противотуберкулезных препаратов с учетом их гипо-и-гипергликемического действия; при лечении туберкулёза лёгких с СД II – показана инсулинотерапия краткосрочными инсулинами в комплексе с разработанным нами фитосбором «Диасил».

473. ЧАСТОТА ОБНАРУЖЕНИЯ И НОВЫЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ ПОЛИРЕЗИСТЕНТНОГО ТУБЕРКУЛЕЗА ЛЕГКИХ

Мухтаров Д.З., Парпиева Н.Н., Белоцерковец В.Г., Саидова Ш.М., Мирмусаева Г.К.
НИИ фтизиатрии и пульмонологии, г.Ташкент, Республика Узбекистан.

Цель: определение частоты и повышение эффективности лечения больных с полирезистентным туберкулезом. Материалы и методы. Обследованы 657 больных, поступивших для стационарного лечения по поводу активного туберкулеза легких в терапевтические отделения клиники НИИФиП. Из 218 больных с положительным результатом мокроты на МБТ методом посева у 107 (49,1±0,4%) определялась чувствительность ко всем АБП, у 111 (50,9±0,5%) установлена лекарственная устойчивость, из них первичная – у 45 (40,5±0,4%), вторичная – у 65 (59,5±0,6%). Результаты. Из числа больных с установленной устойчивостью АБП, устойчивость к одному препарату установлена у 36 (32,4±0,4%), а у 75 (67,5±0,6%) больных – полирезистентность. В процессе комплексной традиционной терапии 5ю АБП через 1-1,5

мес. у 35±0,32% больных с полирезистентным туберкулезом были сохранены симптомы интоксикации, продолжали наблюдаться бронхо-легочные симптомы и отсутствовала положительная динамика рентгенологических данных, а в 10,2±1,2% случаях наблюдалось прогрессирование процесса. Полученные данные явились основанием для разработки новой технологии лечения больных туберкулезом легких с полирезистентностью. Больным был изменен режим химиотерапии и назначены резервные препараты (канамицин, амикацин, ципрофлоксацин, таревид, протионамид). Обсуждение. Исследования показали, что наибольшая концентрация и экспозиция в крови изониазида отмечена при внутривенно-капельном и лимфотропном его введении, что явилось основанием включения внутривенно капельного и лимфотропного введения 10% раствора изониазида.

474. ОЦЕНКА НЕСПЕЦИФИЧЕСКОЙ РЕАКТИВНОСТИ У БОЛЬНЫХ ДЕСТРУКТИВНЫМ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ.

Ташпулатова Ф.К., Абдуллаев М.А., Тарасова Н.В.

НИИ фтизиатрии и пульмонологии МЗ РУз, г.Ташкент, Республика Узбекистан.

Цель: Оценить неспецифическую реактивность организма у больных деструктивным туберкулезом легких (ДТЛ) по методу Гаркави Л.Х.,(1991). Материал и методы: Обследованы 308 больных с ДТЛ. Адаптационные реакции (АР) определяли согласно Гаркави Л.Х: выделяли реакцию стресса (РС), реакцию тренировки (РТ), реакцию активации (РА) и реакцию периактивации (РП). Результаты: У больных ДТЛ наиболее часто встречается реакция стресса (45,4±2,8%).Следует отметить, что наибольшая частота РС выявлена у больных с казеозной пневмонией (60,9±10,1%) и с фиброзно-кавернозным туберкулезом (56,4±7,9%). В то же время у больных с инфильтративным туберкулезом легких РС составила (43,5 ±3,5%, диссеминированным туберкулезом (37,5±9,8%) и при кавернозном (36,4±10,2%; $p<0,05$). Полноценные реакции РА и РТ в основном встречались у больных при инфильтративном туберкулезе (9±2,0% и 23±3,0% соответственно). В процессе терапии отмечено увеличение частоты РА и РТ до 22±3,0% и 38±3,4%.У больных с фиброзно-кавернозным туберкулезом частота РТ и РА составила - 15,4±5,8% и 5,1±3,3% соответственно. При казеозной пневмонии до лечения не встречались больные с реакциями РА и РТ. В результате комплексной терапии отмечено незначительное увеличение частоты реакций адаптации и тренировки. Выводы: У больных с ДТЛ имеется разница в частоте и характере реакций адаптации в зависимости от клинических форм туберкулеза легких, что можно использовать как прогностический критерий в оценки тяжести процесса.

475. ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ ВАРИАНТЫ КАЗЕОЗНОЙ ПНЕВМОНИИ

Казачков Е.Л., Целищева П. В.
Челябинская государственная медицинская академия

Целью исследования явилось изучение структурных особенностей патогенетических вариантов казеозной пневмонии (первичной и вторичной) в 80-е гг. XX века и в настоящее время. Проведен сравнительный клинико-морфологический анализ случаев смерти больных от туберкулеза органов дыхания по материалам специализированной прозектуры Челябинского областного противотуберкулезного диспансера за 1986г.(1-я группа, 99 наблюдений) и 2006г. (3-я группа, 105 умерших). Выявлен рост случаев с казеозной пневмонией, являющейся самостоятельной клинико-анатомической формой туберкулеза (первичная казеозная пневмония; ПКП) с 3% в 1986г. до 20% в 2006г. В первой группе процесс был односторонним, занимал не более доли и локализовался в верхних отделах легких. Во второй группе ПКП зарегистрирована нами в 20% наблюдений. Характерным для этой группы являлось двустороннее поражение легких с локализацией процесса более

чем в 3-х долях, при гистологическом исследовании очаги-отсевы обнаружены в 42,1% в селезенке и 21% - в печени. Казеозная пневмония может являться фазой прогрессирования другой формы туберкулеза органов дыхания (вторичная казеозная пневмония; ВКП). В 1986г. ВКП наблюдалась в 23,2% наблюдений этой группы. В большинстве случаев (60,8% ВКП) ее развитие было обусловлено фиброзно-кавернозным туберкулезом (ФКТ). В 2006г. ВКП отмечалась в 68,6% наблюдений, основной формой, обусловившей развитие ВКП, по-прежнему остался ФКТ. За последнее время наблюдается рост количества случаев казеозной пневмонии, являющейся как самостоятельной клинико-анатомической формой туберкулеза, так и фазой прогрессирования других форм этого страдания. В свете учения о патоморфозе данная ситуация может быть расценена как негативная фаза патоморфоза казеозной пневмонии.

476. МОЛЕКУЛЯРНО-ГЕНЕТИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ В ДИАГНОСТИКЕ ДИССЕМИНИРОВАННОГО ТУБЕРКУЛЕЗА (ДТ).

Журавлев В. Ю.-1, Васильева И.Н.-2, Козлова Н.В.-1, Соловьева Т.Н.-1, Комлев А.Д.-1, Соболева Л.Г.-1
ГОУ ДПО СПбМАПО-1, ФГУ СПбНИИФ-2

Изменение рентгенологической картины и преобладание диссеминированных процессов с острой клинической манифестацией является основной трудностью в диагностике ДТ. Целью исследования явилось изучение клинико-диагностической значимости молекулярно-генетических методов на основе ПЦР у 92 больных с клинико-рентгенологическим подозрением на ДТ и отрицательными результатами бактериоскопии респираторного материала на наличие КУМ (кислотоустойчивые микроорганизмы). Клинический материал: мокрота, промывные воды бронхов, смывы из бронхов при ФБС, жидкость БАЛ, венозная кровь. ДНК выделяли с помощью коммерческого набора для выделения нуклеиновых кислот (проба НК), производство НПО «ДНК-Технология» Россия. ПЦР проводили в формате реального времени, с флуоресцентной детекцией ДНК микобактерий туберкулезного комплекса (МБТК). Тест «ДНК-Технология» на амплификаторе iCycler iQ (Bio-Rad). В результате комплексного обследования диагноз ДТ был установлен у 66 пациентов, в том числе положительный результат ПЦР исследования в 24 (36,4%) случаев. Низкая чувствительность, прежде всего, обусловлена качеством материала, собранного для исследования и была выше при анализе смыва из бронхов при ФБС и жидкости БАЛ, и наименьшей при исследовании промывных вод бронхов. Исследование венозной крови не выявило положительного результата. Специфичность ПЦР анализа составила 88,4%. ДНК МБТК обнаружены у больных с установленным окончательным диагнозом: саркоидоз – 2 пациента и экзогенный аллергический альвеолит – 1 пациент. Увеличение кратности анализа и использование эндоскопической поддержки получения клинического материала может значительно поднять диагностическую информативность и клиническую значимость ПЦР анализа при ДТ.

477. ИССЛЕДОВАНИЕ ЗАВИСИМОСТИ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ ОТ НЕКОТОРЫХ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫХ ФАКТОРОВ

Гурылёва М. Э.
ГОУ ВПО Казанский медуниверситет Росздрава

Изучение качества жизни (КЖ) больного позволяет врачу более глубоко понять проблемы пациента и выбрать наиболее эффективные способы их решения. Целью работы было изучение медико-социальные характеристик и КЖ 512 больных активным туберкулезом легких с помощью опросника ВОЗ«КЖ-100». Показано снижение уровня качества жизни больных, нарушение всех видов активности. Ограничения психической сферы

деятельности превосходят по своей выраженности ограничения функционального статуса. Среди основных социальных факторов оказывающих влияние на КЖ особое место занимают: условия проживания, уровень дохода и образования, качество питания, семейный статус, трудовая занятость, региональные и этнические особенности, отношение ближайшего окружения. Критичным является наличие отдельной комнаты в квартире, питание в соответствии с физиологическими потребностями, доход выше 1,8 МРОТ, надежда после выздо-ровления вернуться к труду, наличие семейной поддержки. Уровень КЖ имеет прямую зависимость от уровня образования. Из медицинских факторов на КЖ больных туберкулезом оказывали влияние наличие инвалидности, форма туберкулезного процесса и характер лечения, сопутствующая патология не имела существенного значения. Максимальное качество жизни больных туберкулезом наблюдалось у хроников, с длительностью болезни более 10 лет, а минимальное – у впервые заболевших. КЖ ниже у больных-бактериовыделителей. При одинаковом медицинском статусе больные, получающие лечение в амбулаторных условиях, имеют более высокое КЖ. Полученные данные позволяют констатировать гипосоциальность фтизиатрических больных. Учитывая высокую заболеваемость и распространенность туберкулеза, длительность течения заболевания и процент хронизации, приобретает особую значимость коррекция психо-социального статуса и КЖ больного.

478. ПЛЕВРИТЫ В ПРАКТИКЕ ВРАЧА ФТИЗИАТРА

Александрова Е. Н.
Саратовский медицинский университет

Цель: изучение структуры плевритов у детей и подростков.
Методы исследования: проанализированы плевриты у детей и подростков, лечившихся в Областном противотуберкулезном диспансере в 1989 - 2006 гг. Всего за 18 лет было пролечено 77 больных, из них 7,8% пациентов были дифференциально-диагностического профиля.
Результаты: В возрастной структуре заболевших преобладали школьники (7-14 лет) – 67,5%, из них каждый второй ребенок был в возрасте 12-14 лет. Подростки с плевритами составляли 16,9%. У дошкольников плеврит встречался в 10,4% случаев, в раннем возрасте – у 5,2% заболевших. В силу анатомо-физиологических особенностей плеврит у детей раннего возраста диагностировался в 13 раза реже, чем у школьников. В 45,1% случаев плеврит являлся осложнением первичного туберкулеза. При этом у 90,6% пациентов был диагностирован туберкулез внутригрудных лимфатических узлов, у 1 ребенка – первичный туберкулезный комплекс и у 2-х подростков - инфильтративный туберкулез легких. У каждого третьего ребенка туберкулез внутригрудных лимфатических узлов был выявлен после рассасывания экссудата в плевральной полости. Плеврит, как самостоятельная форма торакального туберкулеза был верифицирован у 54,9% больных. МБТ в плевральной жидкости были найдены у 7,7% пациентов.
За последние 6 лет (2001-2006 гг.) в сравнении с 1984-1994 гг. число больных с плевритами уменьшилось в 1,4 раза. Однако при этом в 2 раза увеличилось число пациентов с плевритами, как самостоятельной формы туберкулеза.
Заключение: Результаты указывают на сохранение в области большого резервуара туберкулезной инфекции, что ведет к высокой сенсибилизации организма детей МБТ и способствует развитию туберкулезного плеврита.

479. ПОБОЧНОЕ ДЕЙСТВИЕ ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНЫХ ПРЕПАРАТОВ ПРИ СТАНДАРТНЫХ РЕЖИМАХ ХИМИОТЕРАПИИ

Паролина Л.Е., Докторова Н.П.
Саратовский медицинский университет

Цель работы. Оценить переносимость основных противотуберкулезных химиопрепаратов у пациентов в возрасте 18-30 лет на стационарном этапе.Материалы и методы. Под наблюдением находилось 58 пациентов с впервые выявленным инфильтративным деструктивным туберкулезом легких с бактериовыделением. Средний возраст обследованных – 24,5±3,8 г. Мужчин - 68,9%. Пациенты получали лечение в рамках I режима химиотерапии 4 основными химиопрепаратами в стандартных дозировках. Оценке характера и сроков возникновения побочных реакций осуществлялась на основании клинического анализа с обязательным учетом биохимических показателей. Результаты. Побочные реакции на основные противотуберкулезные препараты выявлены у 24,1% больных. У 28,6% возникли диспепсические явления, у 21,4% - нейротоксические реакции, у 7,1% – артралгия, у 21,4% - повышение уровня трансаминаз в кровотоке и у 21,4% - аллергические проявления. При этом следует отметить, что у 57,1% побочные реакции наблюдались в первый месяц лечения, у остальных пациентов - на втором и третьем месяцах химиотерапии. Это соответствует литературным данным, что побочные реакции проявляться в первые два месяца применения основных химиопрепаратов, что связано с адаптацией макроорганизма к введению чужеродных веществ. Установлено, что наиболее часто нежелательные явления вызывает изониазид (28,6%), далее идут стрептомицин и рифампицин. Однако, у 35,8% наблюдаемых установить препарат, вызвавший побочные эффекты не удалось. У всех пациентов возникшие явления носили устранимый характер, и коррекция лечения произведена в рамках назначенного режима. Заключение. У пациентов в возрасте 18-30 лет необходимы мероприятия по профилактике побочных реакций со стороны основных противотуберкулезных химиопрепаратов на начальных этапах стационарного лечен

480. ФТОРХИНОЛОНЫ В ЛЕКАРСТВЕННОЙ ТЕРАПИИ ПРОГРЕССИРУЮЩЕГО ТУБЕРКУЛЕЗА.

Паролина Л.Е., Казимирова Н.Е., Амирова З.Р.
ГОУ ВПО «Саратовский ГМУ Росздрава».

Цель: сравнительная оценка эффективности терапии лекарственно-устойчивого туберкулеза легких у лиц с прогрессирующим течением при включении в терапию фторхинолонов II и III поколений. Материалы и методы: проанализированы результаты лечения 25 больных прогрессирующим инфильтративным деструктивным туберкулезом легких с множественной лекарственной устойчивостью (МЛУ) к 3 и более препаратам: 1 группа-с применением монофторхинолона–ципрофлоксацина (n=12), 2 группа–с применением дифторхинолона–ломефлоскацина (n=13). Длительность заболевания в 1 группе–2,3±0,5 года, в 2 группе–2,5±0,4. Наиболее часто лекарственная устойчивость регистрировалась к изониазиду (75,0% и 69,2%), рифампицину (86,4% и 84,6%) и стрептомицину (91,2% и 76,9% соответственно). Пациентами получено 85,1±20,6 доз препаратов. Результаты. Группы были сопоставимы по клинико-рентгенологическим характеристикам. К моменту выписки при применении фторхинолонов II и III поколений исчезают проявления интоксикации у 84%, катаральные явления у всех больных, нормализация количества лимфоцитов у 100%, СОЭ–50% случаев одинаково для обеих групп. Абациллирование методом люминесцентной микроскопии в 1 группе–66,7%, в 2 группе-75,0%, методом посева-58,3% и 50,0% соответственно. Рубцевание деструкций регистрировалось в 16,7% и 17,2% соответственно. Уменьшение размеров каверн в 2 раза отмечено у 50,0% и 45,5%, частичное заживление полостей при множественном распаде у 10,0% и 36,4% соответственно. Выводы. При лечении прогрессирующего туберкулеза с МЛУ дифторхинолоны способствуют более быстрым темпам абациллирования мокроты, заживлению деструкций при множественном распаде.

481. ПРОБЛЕМЫ ДИАГНОСТИКИ СОЧЕТАНИЯ РАКА ЛЕГКОГО И ТУБЕРКУЛЕЗА

Александрова Н.И.-1, Аветисян А.О.-2, Дайновец А.В.-3, Назаренко М.М.-4
СПб НИИ фтизиопульмонологии

Рост заболеваемости раком легкого на фоне длительного лечения туберкулеза становится существенной проблемой фтизиатрии. В отделении торакальной хирургии и дифференциальной диагностики туберкулеза СПб НИИФ за 4 года обследовано и проведено хирургическое лечение 61 больного с немелкоклеточным раком легкого, которые до госпитализации в клинику длительное время (от 3 месяцев до 1,5 лет) получали противотуберкулезную терапию во фтизиатрических учреждениях города и Ленинградской области. У 21 больного (34,4%) диагностировано сочетание туберкулеза и рака легких. В 5 случаях рак сочетался с активным туберкулезом легких, а у 16 больных развился на фоне посттуберкулезных изменений. У 11 пациентов из 21 (52,4%) сочетание рака и туберкулеза легких заподозрено уже по данным рентгено-томографического исследования. У 16 больных (76,8%) диагноз рака установлен гистологически до операции, а у 6 больных - интраоперационно по результатам срочного гистологического исследования. У 3 пациентов рак был неоперабельным. У остальных выполнены радикальные операции. Таким образом, для своевременной диагностики рака у больных с туберкулезным анамнезом, не следует ограничиваться рентгено-томографическим исследованием при появлении свежих инфильтратов в легких или при подозрении на прогрессирование туберкулеза на фоне противотуберкулезной терапии. Необходимо раньше применять инвазивные методы диагностики в условиях специализированных стационаров. При отсутствии данных за активный туберкулез или неинформативных результатах биопсий обязательно выполнять интраоперационную срочную биопсию.

482. ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПЦР ДИАГНОСТИКИ ВО ФТИЗИАТРИИ

Мухамедов К.С., Ходжаева М.И., Джурабаева М.Х., Миралимов Д.Б., Мухамедиев И. К.
Ташкентская мед.академия

Цель: целью исследования является показать эффективность молекулярно-генетических исследований в диагностике туберкулеза легких. Метод ПЦР диагностики применен 80 больным с туберкулезом легких в возрасте от 20 до 65 лет. Диагноз туберкулеза легких был подтвержден клинически, рентгенологически, анамнестически у всех больных. У 55 больных было выявлено наличие МБТ в мокроте (методом бактериоскопии – у 44 (80%), методом посева -100 %). Эти данные во всех случаях были подтверждены методом ПЦР. Тем самым можно утверждать, что ПЦР метод был поставлен правильно и является высокочувствительным. У остальных 25 больных с отрицательным результатом бактериоскопии в 14 (56%) случаях МБТ обнаружены методом посева и в 18 (72 %) случаях методом ПЦР. У 7 больных МБТ в мокроте не были обнаружены. Из них, в 4 случаях – это ранее леченные больные, которые поступили в клинику с подозрением на реактивацию туберкулезного процесса, где клинико-рентгенологически установлены остаточные явления перенесенного туберкулеза и обострение хронического бронхита. У 3 больных с активным туберкулезным процессом причину отрицательного результата связываем с погрешностями сбора мокроты. Метод ПЦР для обнаружения МБТ в мокроте по сравнению с микроскопическими и культуральными исследованиями демонстрирует высокую чувствительность и специфичность и может быть использован в дифференциальной диагностике и в диагностике малых форм туберкулеза.

483. ЭФФЕКТИВНОСТЬ СТРАТЕГИИ ДОТС У ВПЕРВЫЕ ВЫЯВЛЕННЫХ БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ

Мухамедов К.С. Ходжаева М.И., Джурабаева М.Х., Хакимов Б.М.
Ташкентская мед.академия

Целью исследования изучение эффективности лечения 126 впервые выявленных больных туберкулезом легких, которые получали стандартные курсы комбинированной химиотерапии по стратегии ДОТС. Мужчин было 88 (69,8%), женщин- 38(30,2%) в возрасте от 17 до 64 лет. При клинико-рентгенологическом обследовании были установлены : инфильтративный туберкулез- у 68 (53,96%) больных, фиброзно-кавернозный – у 27(21,4%), диссеминированный –у 15(11,9%), казеозная пневмония– у 7(5,6%), очаговый туберкулез легких– у 5(3,94%), плеврит туберкулезной этиологии–у 2(1,6%), кавернозный туберкулез и туберкулез внутригрудных лимфатический узлов– по 1 случаю (0,8%).У 31 (24,6%) больных отмечено острое прогрессирующее течение заболевания, подострое – у 35(27,8%) и малосимптомное – у 60(47,6). При микроскопии мазка мокроты МБТ обнаружены у 64 (50,8%) больных, в том числе у 43(61,2%) больных методом бактериоскопии. Рентгенологически у 77(61,1%) больных установлен односторонний туберкулезный процесс. У 66(52,4%) больных выявлены разных размеров различные полости распада. В том числе сформированные полости каверны были выявлены у 29 (43,9%) больных. После лечения в интенсивной фазе исчезновение симптомов интоксикации достигнуто у 102(80,9%) больных. Конверсия мазка мокроты у 33(51,6%)больных. Рассасывание инфильтративных изменений наблюдалось у 78(61,9%) больных. Уменьшение размеров полостей распада у 18(27,3%) больных и закрытие- у 10(15,2%). Положительная динамика отмечена у 67(53,2%); незначительное улучшение у 27(21,4%); отсутствие динамики от проведенного лечения у 9(7,1%); прогрессирование туберкулезного процесса на фоне на фоне лечения у 6(4,8%) и летальность у 17 (13,5%).Заключение: несвоевременная диагностика приводит к выявлению распространенных и тяжелых его форм .

484. МИКРОБИОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ТУБЕРКУЛЁЗА КОСТЕЙ И СУСТАВОВ.

Б.М.Холикулов
Ташкентская мед.академия

Целью работы явилось определение частоты выделения микобактерий туберкулёза у больных туберкулёзом костей и суставов и целенаправленное лечение. Материалы и методы. Нами было обследован 151 больной туберкулёзом костей и суставов. Из них у 139 больных были диагностирован туберкулёз позвоночника, у 7-туберкулёз тазобедренного сустава и у 5 туберкулёз коленного сустава. Результаты исследования.
Микробиологически у 54 (35,76%) больных из гнойного послеоперационного материала были выделены микобактерии туберкулёза. Из них, у 8 (14,81%) больных определена устойчивость к одному антибактериальному препарату, чаще к рифампицину, затем изониазиду. Устойчивость к двум антибактериальным препаратам (изониазиду и стрептомицину) отмечено – у 2 (3,7%). У 45 (29,8%) больных туберкулёзом костей и суставов выявлен сопутствующий туберкулез лёгких. Из них у 26 (58,0±7,3%) в мокроте обнаружено МБТ. У 13 больных выявлен мочеполовой туберкулёз; из них у 4 (30,8%) в моче выявлен МБТ. Из 5 больных туберкулёзом женских половых органов у 2 при исследовании соскоба матки выделены микобактерии туберкулёза.
Заключение. У больных туберкулёзом костей и суставов выделение микобактерии туберкулёза с определением устойчивости к антибактериальным препаратам имеет огромное значение для проведения адекватной антибактериальной терапии.
Выводы:
1. Выявление МБТ с учетом чувствительности и устойчивости к антибактериальным препаратам определяет дальнейшую тактику лечения костно-суставного туберкулеза.

2. Данное исследование является почвой для изучения клинического течения, морфологию и применения новые подходы в лечении костно-суставного туберкулеза в зависимости от свойств МБТ.

485. ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ АБДОМИНАЛЬНОГО ТУБЕРКУЛЕЗА У ЛИЦ ПОДРОСТКОВОГО ВОЗРАСТА

Массавиров Ш.Ш.
Ташкентская мед.академия

Цель работы. Изучение особенностей клинического течения абдоминального туберкулеза у подростков. Материалы и методы. Нами проанализированы истории болезни 517 больных с абдоминальным туберкулезом, прошедших обследование и лечение в клинике НИИФиП за период 1997 по 2006 гг. Среди них лица подросткового возраста составили 24 человека (4,6%). Девочек было 18(75%), мальчиков–6(25%). Результаты исследования. Были обнаружены различные формы абдоминального туберкулеза, так туберкулезный мезаденит (ТМ) -у 4 больных, туберкулезный перитонит (ТП)–у 3, туберкулез кишечника (ТК)–у 1, сочетанное поражение - ТМ с ТП – у 12, ТМ с ТП и ТК–у 2, ТП с ТК–у 2. Абдоминальный туберкулез сочетался с туберкулезом легких у 8 больных. Субъективные местные симптомы распределялись следующим образом: боли в животе отмечались у всех 24 больных, слабость–у 22, потеря веса–у 18, рвота–у 13, увеличение живота–у 12, повышение температуры тела–у 10, поносы–у 8. При пальпации живота у 12 больных выявлена напряженность брюшной стенки, болезненность отмечена у всех больных, инфильтраты в илеоцекальной области выявлены у 18 больных, асцит–у 5. Положительный симптом Штеренберга отмечен у 18 больных. Проба Манту с 2 ТЕ была положительная только у 7 больных. При исследовании крови выявлено снижение гемоглобина у 11 больных, лейкоцитоз–у 11, ускоренное СОЭ–у 17. При бактериоскопии кала микобактерии туберкулеза обнаружены только у 2 больных. При ультрасонографии органов брюшной полости увеличение мезентеральных лимфоузлов выявлено у 14 больных, асцит–у 5, утолщения брюшины–у 4. Заключение: преобладают лица с ТМ сочетающееся с ТП (12 больных). У больных с абдоминальным туберкулезом девочки встречаются в 3 раза чаще, чем мальчики. У 17 больных анергия на введение туберкулина.

486. АНАЛИЗ РЕЦИДИВОВ ТУБЕРКУЛЕЗА.

Миралимов Д.Б., Мухамедов К.С., Бобоматова Х.У.
Ташкентская мед.академия

Цель работы - изучить причину возникновения рецидивов туберкулеза, проанализировать факторы, влияющие на возникновение рецидивов. Изучены анамнестические, клинико-ренгено-лабараторные данные 74-больных, лечившихся в 2006г, по поводу рецидива туберкулезного процесса. Мужчин было 64 (86,5%), женщин 10 (13,5%). Возрастной состав у мужчин: от 19 до 29 лет - 9(12,16%); от 30 до 39 лет - 29 (39,19%); от 40 до 49 лет - 15 (20,3%); 50 лет и выше 11 (14,8%). У женщин: от 19 до 29 лет - 2 (2,7%); от 30 до 39 лет - 6 (8,1%); 50 до 59 лет 2 (2,7%). Из этого видно, что преобладающее количество рецидивов наблюдается у мужчин и стабильно выявляется в возрастной группе от 30 до 39 лет (47,3%). Из анамнеза лиц без определенного места жительства было -3 (4%); злоупотреблявших алкоголем -51 (69%); наркоманов – 5 (6,7%); ВИЧ-инфицированных – 6 (8,1%). Происходит утяжеление туберкулезного процесса, выявляемого при рецидиве за счет увеличения фиброзно-кавернозного туберкулеза и инфильтративного туберкулеза с распадом. Так доля фиброзно-кавернозного туберкулеза в структуре рецидивов составляет 44 (59,5%), инфильтративного туберкулеза с распадом - 29 (39,2%), кавернозный туберкулез в фазе обсеменения - 1 (1,3%). Проанализировав сезонность возникновения рецидивов, мы установили, что 27 рецидивов (36,49%) выявлены весной,

29(39,19%) - осенью, 12 (16,22%) - зимой и 6 (8,1%) - летом. Таким образом, исход туберкулезного процесса находится в прямой зависимости от тяжести клинической формы рецидива туберкулеза. Важнейшую роль в увеличении рецидивов туберкулезного процесса в легких играют половозрастной фактор, очевидна явная сезонность возникновения рецидивов.

487. СОВРЕМЕННЫЕ ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ НЕФРОТУБЕРКУЛЁЗА У ЛИЦ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА.

Хакимов А.М., Эшанханов Э.Э.
Ташкентская мед.академия

Цель исследования. Изучение клинического течения нефротуберкулеза у лиц пожилого возраста. Материалы и методы. Нами проведен анализ архивного материала и изучены истории болезни 3420 пациентов, страдающих нефротуберкулезом. В 1995 г. удельный вес больных пожилого возраста составил 14,5±0,6%; в 2005 г. – 21,1±0,6%. Проведен анализ клинического течения 153 больных нефротуберкулезом пожилого возраста. Пациенты нефротуберкулезом были разделены на 2 группы: 1 группу составили 69 больных пожилого возраста (60–74 лет), 2 группу – 84 пациента зрелого возраста (20–59 лет). Все больные, поступившие в клинику, подвергнуты комплексному обследованию: клинически и с помощью лабораторных, бактериологических, биохимических, рентгенологических, ультразвуковых исследований. Результаты исследований. В 1 группе распространенные формы нефротуберкулеза наблюдались у 45 (65,2±5,7%) больных, ограниченные формы - у 24 (34,8±5,7%); во 2 группе - у 29 (34,5±5,1%) и у 55 (65,5±5,1%) больных соответственно (P<0,001). Наиболее частыми жалобами у пожилых больных нефротуберкулезом были боли в области поясницы (79,7±4,8%), дизурия (53,6±6,0%) и слабость (58,0±5,9%). Сопутствующие заболевание, такие как хронический пиелонефрит, доброкачественная гиперплазия предстательной железы, сахарный диабет, артериальная гипертензия, ишемическая болезнь сердца и хронический гепатит выявлялись достоверно чаще, в первой группе, чем во второй. ХПН выявлялась в 2,3 раза чаще в первой группе, чем во второй (P<0,001). Выводы: 1. За последние 10 лет, среди госпитализированных в клинику НИИФиП МЗ. РУз. в 1,5 раза увеличился удельный вес больных нефротуберкулезом пожилого возраста. 2. При нефротуберкулезе клиника заболевания более выраженная, распространенные формы выявлялись чаще у больных пожилого возраста.

488. АНАЛИЗ РАСХОЖДЕНИЙ КЛИНИЧЕСКИХ И ПАТАЛОГОАНАТОМИЧЕСКИХ ДИАГНОЗОВ ВО ФТИЗИАТРИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Яницкая К.В., Ельцова С.В., Эшанханов Э.Э
Ташкентская мед.академия

Цель исследования: изучение расхождений клинических и паталогоанатомических диагнозов, причины этих расхождений. Трудности при оформлении диагноза возникают при комбинировании основных заболеваний, когда больной умирает не от одной, а от двух или трех болезней. Материалы и методы: нами проанализированы 401 протоколов вскрытия, умерших больных от туберкулеза в городской клинической туберкулезной больницы г. Ташкента. Среди больных мужчины составили 75%, женщины 25%, в возрасте 17-73 лет. Результаты: прижизненный диагноз туберкулеза легких как основное заболевание на секции не подтвердился в 15 % случаев. Наблюдались также следующие расхождения диагнозов: фиброзно-кавернозный туберкулез легких с инфильтрацией и обсеменением (клинический диагноз) с диссеминированным туберкулезом с распадом (паталогоанатомический диагноз) – в 5% случаев, фиброзно-кавернозный туберкулез

легких с инфильтрацией и обсеменением (клинический диагноз) со свежей каверной с диссеминацией – в 2%, инфильтративный туберкулез легких в фазе распада и обсеменения(клинический диагноз) с очаговым туберкулезом легких с распадом – в 3%. Гиподиагностика туберкулеза отмечена в 2,5% случаев, гипердиагностка - в 5%. По локализации: расхождения обнаружены в 5% случаев. Прижизненно экссудативный плеврит не обнаружен в 4% случаев. Количество койко-дней проведенных в стационаре при наличии расхождения диагнозов: до 1 суток – 75 %, до 3 дней 15%, больше 10 дней 10%. Тяжесть состояния при поступлении: в 90% случаев больные находились в тяжелом состоянии, в 10% - в состоянии средней тяжести.
Выводы: причинами обуславливающими расхождения диагнозов являются:
1. Кратковременность пребывания больных в стационаре.
2. Тяжесть состояния при поступлении.
3. Одновременное существование туберкулеза.

489. ПУЛЬМОНЭКТОМИЯ ПРИ ЛЕГОЧНО-ПЛЕВРАЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕННИЯХ ПОСЛЕ ЧАСТИЧНЫХ РЕЗЕКЦИЙ ЛЕГКИХ

Иргашов А.А., Кариев Т. М.
НИИ фтизиатрии и пульмонологии, Ташкент

Цель: изучить эффективность пульмонэктомии (ПЭ) при легочно-плевральных осложнениях после частичных резекций легких. Результаты: ПЭ при легочно-плевральных осложнениях после частичных резекций легких выполнена у 65 больных (мужчин – 39, женщин – 26) в возрасте от 18 до 45 лет. Ранее по поводу деструктивного туберкулеза лобэктомия произведена у 41 больного, сегментарная резекция – у 13, комбинированная резекция – 7, билобэктомия – у 4. Реактивация туберкулеза в оперированном легком с формированием фиброзной каверны диагностирована у 28 больных, кавернизированная остаточная плевральная полость - у 11, бронхиальный свищ и эмпиема плевры – у 26. Микобактерии туберкулеза в мокроте выделяли 60 больных. Перед операцией в течение 3-5 мес. из-за клинической тяжести больных химиотерапия, включая внутривенное введение, проводилась 4-6 препаратами в сочетании с общеукрепляющим, трансфузионным лечением. ПЭ справа выполнена у 30 больных, слева – у 35, средняя интраоперационная кровопотеря составила 2024+599,47мл. Среди послеоперационных осложнений бронхиальный свищ и эмпиема плевры развились у 15 больных (23,1%), эмпиема плевры без свища – у 8 (12,3%). Осложнения ликвидированы у 17 больных из 23. Хорошие ближайшие результаты установлены у 46 больных (70,8%), удовлетворительные – у 1 (1,5%), неудовлетворительные – у 1 (1,5%), умерло 17 (26,2%). Через 3-10 лет после ПЭ клиническое излечение констатировано у 44 пациентов (91,7%) из 48 обследованных, неудовлетворительный результат - у 1 (2,1%), умерло 3 (6,2%) от прогрессирования туберкулеза в единственном легком. Заключение: Несмотря на клиническую тяжесть больных и техническую сложность ПЭ при легочно-плевральных осложнениях после частичных резекций легких является одним из основных и эффективных методом лечения.

490. ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПУЛЬМОНЭКТОМИИ И ТОРАКОПЛАСТИКИ ПРИ ЛЕКАРСТВЕННО-УСТОЙЧИВОМ ФИБРОЗНО-КАВЕРНОЗНОМ ТУБЕРКУЛЕЗЕ

Кариев Т.М., Иргашов А.А., Сабиров Ш.Ю.
НИИфтизиатриии пульмонологи, Ташкент

Цель: Изучить эффективность пульмонэктомии (ПЭ) и торакопластики (ТП) при лекарственно-устойчивом фиброзно-кавернозном туберкулезе (ЛУТ).
Методы исследования: когортное исследование. Результаты: ПЭ при ЛУТ выполнена у 26 больных, ТП - у 18, в возрасте 20-45 лет. Мужчин было 29, женщин - 15. Все больные

выделяли поли- и мультирезистентные микобактерии туберкулеза, страдали туберкулезом и неэффективно лечились более 2 лет. Односторонний распространенный туберкулез диагностирован у 31 больного (70,5%), двусторонний – у 13 (29,5%). Прогрессирующее клиническое течение наблюдалось у 18 больных (40,9%), частые рецидивы и обострения – у 26 (59,1%). Наряду с этим легочное кровотечение и рецидивирующее кровохарканье отмечено у 15 больных (34,1%), спонтанный пневмоторакс и эмпиема плевры – у 3 (6,8%). Проводилась предоперационная химиотерапия основными (H, R, E, Z, S) и резервными химиопрепаратами (Pt, Ofl, Mox, Car) в сочетании с пневмоперитонеумом, УФОК, трансфузионной и дезинтоксикационной терапией. После ПЭ реактивация туберкулеза в единственном легком наблюдалась у 3 больных, бронхиальный свищ – у 8. Осложнения ликвидированы у 5 больных из 11. Хороший клинический эффект установлен у 17 больных (65,4%), при летальности – у 6 (23,1%). После задневерхней 6-7 реберной ТП хорошие результаты (заживление каверны, абациллирование мокроты) наступили у 15 больных (83,3%). Бактериовыделение продолжало сохраняться у 3 больных (16,7%). Летальных исходов не было. Заключение: При лекарственно-устойчивом фиброзно-кавернозном туберкулезе продолжительность, распространенность, осложненное течение заболевания и неэффективность терапевтического лечения часто служат показанием к ПЭ и ТП, эффективность которых составляет соответственно 65,4%и 83,3%.

491. ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ ВПЕРВЫЕ ВЫЯВЛЕННОГО ТУБЕРКУЛЕЗА ЛЕГКИХ И СПОНТАННОГО ПНЕВМОТОРАКСА

Сабиров Ш.Ю., Кариев Т.М.
НИИ фтизиатрии и пульмонологии. Ташкент-1

Цель: изучить эффективность комплексного лечения впервые выявленного туберкулеза легких, осложненного спонтанным пневмотораксом. Методы исследования: когортное исследование. Результаты: Впервые выявленный туберкулез легких и спонтанный пневмоторакс диагностирован у 143 больных (мужчин - 101) в возрасте 14-67 лет. Спонтанный пневмоторакс наступил при инфильтративном (47,6%) и диссеминированном туберкулезе (26,5%), реже при фиброзно-кавернозном (14,7%) и кавернозном (11,2%). Бактериовыделение в мокроте обнаружено в 69,9%, в плевральном содержимом в 32,9%, неспецифическая микрофлора в плевральном экссудате в 54,5%. На фоне комплексной терапии с пункционной санацией плевральной полости у 29 больных (74,4%) из 39, с дренированием - у 47 (45,2%) из 104 установлен хороший клинический эффект. При неэффективности терапевтического лечения у 31 больного (21,7%) выполнены операции, из них пульмонэктомия - у 21, плеврэктомия и частичная резекция легкого – у 4, плеврэктомия – у 6. Хорошая эффективность хирургического лечения установлена у 25 больных (80,6%), неудовлетворительная – у 1 (3,2%). Умерло 5 больных (16,1%) от прогрессирования гнойного и туберкулезного процесса. В целом после терапевтического и хирургического лечения впервые выявленного туберкулеза легких и спонтанного пневмоторакса хорошие результаты достигнуты у 106 больных (70,6%), неудовлетворительные – у 21 (14,7%), умерло - 21 (14,7%). Заключение: впервые выявленный туберкулез легких и спонтанный пневмоторакс представляет тяжелую сочетанную патологию. Терапевтическое и хирургическое лечение способствует достижению хороших результатов в 70,6%.

492. СРОКИ ВЫЯВЛЕНИЯ ТУБЕРКУЛЕЗА ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ СРЕДИ ОСУЖДЕННЫХ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ РЕЖИМА СОДЕРЖАНИЯ В ПЕНИТЕНЦИАРНОЙ СИСТЕМЕ

Зайцева Е.В. - 1, Торкатюк Е.А. -2, Владимиров К.Б. - 1
ФГ ЛПУ ОБ им.доктора Ф.П.Гааза, Санкт-Петербург - 1, ГОУ ДПО СПб МАПО Росздрава, Сантк-Петербург - 2

Цель: изучение сроков первичного выявления туберкулеза органов дыхания в пенитенциарных учреждениях общего и строгого режима по Санкт-Петербургу и Ленинградской области. Материалы и методы: проведен анализ заболеваемости туберкулезом органов дыхания в зависимости от условий и режима содержания спецконтингентов в 2005-2006гг. В указанный период условия содержания осужденных соответствовали принятым законным нормам, перилимит наполняемости не отмечался. Туберкулез легких выявляли при профилактическом флюорографическом обследовании осужденных. Результаты: в исследование были включены 138 человек, отбывающие наказание в колониях общего (69 осужденных) и строгого режима содержания (69 осужденных), у которых впервые установлен туберкулез легких. Среди осужденных общего режима содержания туберкулез органов дыхания выявляли в среднем через 2,7 ± 0,16 лет после ареста. Наиболее часто определяли инфильтративный и очаговый туберкулез легких: у 38 (55,1%) и 21 (30,1%) больных соответственно. В условиях строгого режима отбывания наказания заболеваемость туберкулезом органов дыхания выявляли в среднем через 2,9 ± 0,19 лет от начала срока. Как и в первой группе, преобладали инфильтративная и очаговая формы заболевания: у 42 (60,9%) и 17 (24,6%) больных соответственно. Заключение: При соблюдении принятых законных норм содержания осужденных в условиях общего и строгого режимов отбывания наказания сроки выявления туберкулеза органов дыхания от момента ареста практически не отличаются.

493. КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ИНВАЛИДОВ ВСЛЕДСТВИЕ ТУБЕРКУЛЕЗА ЛЕГКИХ

Зорина С.П.-1, Линева З.Е-2
ГУ НПЦ "Фтизиатрия" г. Якутск. Медицинский институт, ЯГУ, кафедра фтизиатрии, г. Якутск.

Цель: определить основные клинические особенности инвалидов вследствие туберкулеза легких. Материалы и методы. Обследовано 81 больных туберкулезом легких с первичной инвалидностью вследствие туберкулеза легких. Исследование основано на применении общенаучных методов, среди которых использовались теоретический анализ, синтез и обобщение. Результаты. В условиях неблагоприятной эпидемиологической обстановки инвалидность по туберкулезу остается на высоком уровне и занимает 8-е место в структуре первичной инвалидности, как по городу Якутску, так и по Республике Саха. Среди обследованных превалировали лица наиболее трудоспособного возраста (20-49 лет), что составило 90%. Тяжелое и среднетяжелое течение заболевания наблюдалось у 57% обследованных больных, удовлетворительное - у 43%. При взятии на диспансерный учет большую часть составляли пациенты с диагнозом инфильтративный (43%) и диссеминированный (30%) туберкулез. Казеозная пневмония диагностирована у 10% больных. Двусторонний процесс наблюдался у 46% больных, у 42% обследованных процесс занимал долю или полностью одно легкое. При таких распространенных формах распад определялся у 85% больных. Бактериовыделение, подтвержденное методом посева отмечено у 84% больных, из них массивное бактериовыделение у 55% обследованных. Из сопутствующих заболеваний наибольший процент составил хронический алкоголизм (44%). Заключение. Ведущими признаками, составляющие клиническую характеристику инвалидности по туберкулезу легких, являются: тяжелое течение заболевания, распространенность процесса, наличие деструкции легочной ткани, массивное бактериовыделение, сопутствующий хронический алкоголизм. По наиболее часто повторяющимся клиническим признакам можно судить о прогнозировании формирования инвалидности у больных туберкулезом легких.

494. ХАРАКТЕРИСТИКА ВИЧ-АССОЦИИРОВАННОГО ТУБЕРКУЛЕЗА В РЕСПУБЛИКЕ БЕЛАРУСЬ

Астровко А.П., Скрягина Е.М., Богомазова А.В., Мелешко Л.А.
ГУ «НИИ пульмонологии и фтизиатрии» МЗ РБ, Отдел профилактики СПИД РЦГЭиОЗ

Целью нашего исследования явилось изучение особенностей ВИЧ-ассоциированного туберкулеза в Республике Беларусь.
На фоне некоторого снижения в республике числа зарегистрированных случаев ВИЧ-инфекции (915, 713, 778, 758 и 733 новых случаев соответственно в 2002, 2003, 2004, 2005 и 2006гг.) число больных с ВИЧ-ассоциированным туберкулезом увеличивается ежегодно с нарастающими темпами (35, 45, 77, 139 и 182 новых случаев в 2002, 2003, 2004, 2005 и 2006гг.) За последние 5 лет число зарегистрированных случаев ВИЧ-инфекции увеличилось в 1,6 раза, в то время как число ВИЧ-ассоциированного туберкулеза (ВИЧ-ТБ) – в 5 раз. Учтенные в 2006г. случаи ВИЧ-ассоциированного туберкулеза составили 32,3% от всех зарегистрированных на протяжении периода наблюдения случаев. Из 182 впервые зарегистрированных в 2006г. ВИЧ-ТБ пациентов мужчин было 146 (80,2%), женщин – 36 человек (19,8%). В возрасте до 20-29 лет было 40 больных (22,0%), 30-39 лет – 99 (54,4%), 40 лет и старше – 43 больных (23,6%). Наибольшее число случаев (60%) и самая высокая заболеваемость сочетанной инфекцией зарегистрирована в Гомельской области. Второе ранговое место принадлежит г. Минску (11,4%). В 68,4% случаев (385 человек) причиной заражения ВИЧ-инфекцией явился парентеральный путь, связанный с внутривенным введением наркотиков, в 31,6% (178 человек) – половой путь заражения. Таким образом, в Республике Беларусь отмечается неблагоприятная тенденция нарастания случаев ВИЧ-ассоциированного туберкулеза, преимущественно за счет Гомельской области. Основная масса заболевших – лица молодого возраста, преимущественно мужчины. Преобладает парентеральный путь передачи ВИЧ-инфекции.

495. ХАРАКТЕРИСТИКА МНОЖЕСТВЕННОЙ ЛЕКАРСТВЕННОЙ УСТОЙЧИВОСТИ В РЕСПУБЛИКЕ БЕЛАРУСЬ

Скрягина Е.М., Астровко А.П., Гуревич Г.Л.
ГУ "НИИ пульмонологии и фтизиатрии" МЗ РБ

Целью нашего исследования явилось изучение особенностей распространения множественной лекарственной устойчивости (МЛУ) среди больных туберкулезом в Республике Беларусь. Абсолютное число вновь выявленных больных туберкулезом – бактериовыделителей в 2003г. составило 2002 человека, в 2004г. – 2067, 2005г. – 2124. Показатель МЛУ соответственно составил в 2003г. – 8,8%, 2004г. – 10,7%, 2005г. – 9,3%. Наивысший показатель МЛУ в 2003 г. зарегистрирован в Гомельской области, в 2004г. и в 2005г. – в г. Минске. МЛУ в 2003г. среди вновь выявленных больных туберкулезом составила 8,8%, в 2004г. – 10,7%, в 2005г. – 9,3%. МЛУ среди ранее леченных больных туберкулезом в 2003г. составила 23,3%, в 2004г. – 32,0%, в 2005г. – 38,2%. МЛУ в 2003г. среди состоящих на учете больных туберкулезом составила 51,8%, в 2004г. – 30,3%, в 2005г. – 30,1%. В структуре МЛУ отмечается высокий удельный вес устойчивости к 4 основным противотуберкулезным препаратам с неблагоприятной тенденцией нарастания в динамике (среди вновь выявленных – 11,8% в 2003г. и 17,0% в 2005г.; среди ранее леченных – 17,6% в 2003г. и 32,5% в 2005г.; среди состоящих на учете – 17,3% в 2003г. и 23,5% в 2005г.). Таким образом, проведенный анализ показал неблагоприятную тенденцию нарастания МЛУ среди всех категорий больных туберкулезом – бактериовыделителей с высоким удельным весом в ее структуре устойчивости к 4 основным противотуберкулезным препаратам.

496. ВЫЯВЛЕНИЕ АКТИВНЫХ ПОПУЛЯЦИЙ ВОЗБУДИТЕЛЯ У БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ

Черных М. В., Алексеева Г.И., Павлов Н.Г.
Научно-практический центр "Фтизиатрия" МЗ РС (Я), Якутск

Цель. Провести сравнительный анализ выявления активных популяций возбудителя у больных туберкулезом органов дыхания различными методами бактериологической диагностики. Материалы и методы. Проведены параллельные посевы диагностических образцов патологического материала от 117 больных с различными клиническими формами туберкулеза органов дыхания. Провели сравнение особенностей скорости роста 34 штаммов M.tuberculosis с использованием методов Micro MGIT компании Becton Dickinson и посева на плотные питательные среды Левенштейна-Йенсена и Финн-2. Результаты. Средняя скорость роста МБТ методом Micro MGIT составила 23,7 дня: лекарственно-чувствительных - 29,9, лекарственно-устойчивых - 18,7 дней. Скорость роста штаммов МБТ, выделенных методом посева на плотных питательных средах составила 30,5 дней: лекарственно-чувствительных - 32,2, лекарственно-устойчивых – 29,3. Исследование позволило установить, что скорость роста МБТ методом Micro MGIT при фиброзно-кавернозном туберкулезе - 6,6 дней, казеозной пневмонии – 12,0, инфильтративной форме – 27,6, диссеминированной – 29,3. При посевах на плотные среды скорость роста возбудителя туберкулеза при фиброзно-кавернозной – 22,5, казеозной пневмонии – 23,0, диссеминированной – 28,5, инфильтративной форме – 30,3. При массивном бактериовыделении рост МБТ методом Micro MGIT наблюдался через 8,7 дней, на плотных средах - через 24,8 дня. Заключение. Проведенное исследование показало высокую результативность метода MGIT для выявления активных популяций возбудителя при туберкулезе органов дыхания. Данная технология позволила ускорить выявление микобактерий в клинических образцах при фиброзно-кавернозном туберкулезе – в 3,4 раза, при казеозной пневмонии – в 1,9 раз. Наблюдалось значительное сокращение сроков получения результатов

497. ПРИМЕНЕНИЕ ЭНТЕРОСГЕЛЯ В БАКТЕРИОЛОГИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКЕ ТУБЕРКУЛЕЗА ЛЕГКИХ

Алексеева Г. И., Павлов Н. Г., Черных М. В.
Научно-практический центр "Фтизиатрия" МЗ РС(Я), Якутск

Проведены опыты по изучению воздействия энтеросгеля на скорость появления первичного роста и накопления биомассы культуры микобактерий туберкулеза на питательных средах Финн-2 и Левенштейна-Йенсена. Предложенный способ апробирован на диагностическом материале 297 больных туберкулезом органов дыхания. Исследовано 284 образца мокроты; 2 - промывных вод бронхов; 8 - смывов с бронхов; 2 - операционных материала, 1 – плевральная жидкость. Полученные результаты свидетельствуют о том, что предложенный способ на 3,7 % повышает чувствительность культурального метода исследования с эффектом накопления биомассы культур в 72,4 % случаев и сокращением выхода МБТ на 3,9 дней. На данный способ получен патент РФ на изобретение № 2272285 от 20.03.2006 г. «Способ выращивания микобактерий туберкулеза».

498. МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ ДЕСТРУКТИВНОГО ТУБЕРКУЛЕЗА ЛЕГКИХ С ЛОКАЛЬНЫМ ИНТРАКАВЕРНОЗНЫМ ПНЕВМОФИБРОЗОМ

Гаврильев С. С., Илларионова Т. С., Павлова Е. С., Яковлева Л. П., Винокурова М. К., Валь Н. С.
Научно-практический центр "Фтизиатрия" МЗ РС(Я), Якутск

Цель: достижение более полного клинического излечения деструктивного туберкулеза легких при совместном воздействии ультразвука и порошка лидазы с гидрокортизоновой мазью с разрыхлением и деполимеризацией соединительной ткани при глубоком взаимном проникновении в нее действующих компонентов (Патент РФ №2284200). Материал и методы: под наблюдением находилось 55 больных деструктивными формами распространенного (не менее 3 сегментов) туберкулеза легких. По характеристике деструктивного туберкулеза легких группы были идентичными. 35 больных с выявленным при рентгено-томографическом исследовании после интенсивной фазы химиотерапии пневмофиброзом, локально сформированном на месте деструкции, пользовались курсом локального фонофореза лидазы, а 20 пациентов с локальным пневмофиброзом – контрольная группа - получали стандартный режим лечения без применения лидазы и биофизического воздействия. Результаты. При рентгенологическом контроле, осуществленном через 21 день после окончания курса фонофореза лидазы, была выявлена значительная положительная динамика в виде рассасывания локального пневмофиброза и закрытия полостей распада у 32 больных. В результате комбинированного лечения прекращение бактериовыделения наблюдалось у всех бациллярных больных, в том числе в 90,0% случаев оно наступило через 2 мес. Закрытие полостей распада отмечалось в среднем через 4 мес. химиотерапии и составило 91,4%, что на 2 мес. раньше, по сравнению со сроком исчезновения каверн у 55% больных контрольной группы.

499. ПНЕВМОПЕРИТОНЕУМ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ДЕСТРУКТИВНОГО ТУБЕРКУЛЕЗА ЛЕГКИХ

Павлова Е. С., Валь Н. С., Яковлева Л. П.
Научно-практический центр "Фтизиатрия" МЗ РС(Я), Якутск

Цель: повышение эффективности лечения больных деструктивным лекарственно-устойчивым туберкулезом легких с применением пневмоперитонеума в комплексе с противотуберкулезной терапией. Материалы и методы: под наблюдением находилось 20 больных впервые выявленным деструктивным туберкулезом легких (80% - инфильтративный туберкулез легких, 10% – казеозная пневмония, по 5% - диссеминированный туберкулез и туберкулез бронхов). Бактериовыделение было выявлено в 19 (95%) случаях, из них у 10 – с множественной лекарственной устойчивостью (МЛУ) МБТ. Назначались режимы химиотерапии в соответствии с лекарственной устойчивостью МБТ. Переносимость пневмоперитонеума была удовлетворительной. Результаты: через 2 месяца комплексной противотуберкулезной химиотерапии в сочетании с пневмоперитонеумом у 12 (63,16%) больных было прекращение бактериовыделения, а к концу 6 месяца - у оставшейся части больных, выделявших МБТ с МЛУ. Закрытие полостей распада к концу 6 месяцев лечения было отмечено у 55% больных, в том числе у половины пациентов через 4 месяца химиотерапии. В 9 (45%) случаях полость распада сохранилась, однако каверна была санирована. 5 больным была проведена операция - резекция доли легкого - с целью удаления каверны. Таким образом, пневмоперитонеум в сочетании с химиотерапией, адекватной лекарственной чувствительности МБТ, позволяет добиться прекращения бактериовыделения к окончанию интенсивной фазы, в том числе и в случае лекарственно-устойчивого туберкулеза, закрытия или санирования полостей распада.

500. ПАТОМОРФОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПАТОМОРФОЗА ТУБЕРКУЛЕЗА

Егоров О.Н., Казачков Е.Л.
ГОУ ВПО ЧелГМА Росздрава, Челябинск

Цель: Изучение изменчивости форм туберкулеза, возраста пациентов, места этой инфекции в структуре диагноза и ее танатогенеза за 20-летний период.
Методы исследования: Ретроспективное исследование взятых методом сплошной выборки аутопсийных материалов патологоанатомического отделения ОГУЗ«Челябинский областной противотуберкулезный диспансер» за 1985(I группа), 1997(II группа), а также 2005(III группа) годы. Результаты: В I группе было 87 наблюдений туберкулеза у 72 мужчин и 15 женщин. В возрастной группе до 20 лет имелось 4 больных (4,6%), 20-39 лет - 8(9,2%), 40-59 лет – 48(55,17%), 60 лет и старше – 27(31,03%). Во II группу вошло 68 случаев туберкулеза у 55 мужчин и 13 женщин. В возрасте 20-39 лет было 11(16,18%), в возрасте 40-59 лет – 35(51,47%), 60 лет и старше – 22(32,35%). В III группе выявлено 104 наблюдения туберкулеза у 83 мужчин и 21 женщины. В возрасте 20-39 лет умерло 27(25,96%), 40-59 лет – 65(62,5%), 60 лет и старше – 12(11,54%). В структуре туберкулеза преобладает ФКТ: 29,88%, 70,59% и 72,12%, соответственно, в I, II и III группах. С 90-х гг. XX века туберкулез играет все более активную танатогенетическую роль, занимая в патологоанатомическом диагнозе, чаще всего, место основного заболевания. Смерть при туберкулезе наступала в большинстве случаев от ЛСН и, реже,- от кахексии. При уменьшении частоты летальных исходов от кровотечений (6,9%-4,41%-1,92%) больные туберкулезом все чаще умирают от постгеморрагической анемии (0%-1,47%-6,73%). Заключение: За последние 20 лет и в настоящее время наблюдается изменение общей панорамы клинико-анатомических форм туберкулеза, касающееся, главным образом, возраста пациентов, особенностей танатогенеза, структуры НПС больных. Это заставляет рассматривать ситуацию по туберкулезу как негативную фазу его патоморфоза.

501. РОЛЬ ДЕТСКИХ РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ ЦЕНТРОВ В ПОВЫШЕНИИ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРОФИЛАКТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ТУБЕРКУЛЕЗА
Болотникова В.А., Яворский К.М., Варварюк Р.В., Чебан Е.П.
ОМСУ Институт Фтизиопульмонологии «Кирилл Драганюк», Кишинёв, Молдова

Актуальность проблемы обусловлена продолжающимся ростом инфицированности (ежегодный риск 2%), заболеваемости (29‰) туберкулезом детей, в особенности контактных (19‰), большой частотой сопутствующей патологии, высоким уровнем мультирезистентных форм туберкулеза у взрослых (20,8%), неудовлетворительными материально-бытовыми условиями значительной части населения, внедрением стратегии DOTS, потребовавшей перестройки в организации проведения профилактики и лечения туберкулеза. Цель исследования: изучить работу реабилитационных Центров и определить значение санаторного этапа при туберкулезной инфекции у детей.
После реформирования санаторной службы в Республике Молдова с 2002 года функционирует 2 Реабилитационных Центра на 300 мест для детей с туберкулезной инфекцией и неспецифической патологией органов дыхания. Новым аспектом их деятельности является проведение превентивного лечения (химиопрофилактики) с учетом устойчивости микобактерий туберкулеза к лекарственным препаратам у источника инфекции. Помимо противотуберкулезной химиотерапии в реабилитации использовались средства патогенетического воздействия, преформированные и естественные природные комплексы в групповом и индивидуальном режиме. Существенно возросло значение санитарной (изоляция из тубочагов), психологической и социальной профилактики (оздоровление детей из социально-неблагополучных семей). Заключение: в связи с изменением состава контингентов и техническим переоснащением бывших туберкулезных санаториев современные детские реабилитационные Центры являются одним из важных звеньев в системе противотуберкулезной помощи населению.

502. МИЛИАРНЫЙ ТУБЕРКУЛЕЗ В УСЛОВИЯХ СЕВЕРНОГО РЕГИОНА
Мусатова Н. В., Кузьмина Н.В.

Сургутский Государственный Университет ХМАО, Сургут

По данным противотуберкулезного диспансера г. Сургута среди всех форм туберкулеза легких, впервые выявленных за период с 2000 по 2005 годы, милиарный туберкулез составил 2,3%, всего за пять лет взято на учет впервые с диагнозом милиарный туберкулез 40 больных. Среди этих больных соотношение мужчин и женщин составило 1,35:1. Больных милиарным туберкулезом в возрасте до 40 лет было 30 человек, 75%. Число пациентов, выявленных по обращению, составило 33 человека (82,5%), при профилактическом осмотре выявлено 7 человек (17,5%). Среди больных милиарным туберкулезом полости распада имели 40% (16 из 40 больных). Бактериовыделителями являлись 70% больных милиарным туберкулезом. Кроме поражения легких у 35% больных наблюдалось туберкулезное поражение других органов: поражение менингиальных оболочек было выявлено у 15% больных, диссеминация в печень отмечена у 15% пациентов, селезенку у 17,5%, в почки у 7,5% больных, периферические лимфоузлы у 2,5%, экссудативный плеврит наблюдался у 10% пациентов, по одному человеку (2,5%) имели полисерозит, перитонит и поражение гортани. Генерализация туберкулезного процесса в органы брюшной полости определялась преимущественно посмертно. В течение месяца после появления признаков заболевания обратились в лечебную сеть только 14 больных милиарным туберкулезом (35%), у остальных 26 человек (65%) прошло более 1 месяца с момента появления симптомов.

503. ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ДИССЕМИНИРОВАННОГО ТУБЕРКУЛЕЗА ЛЕГКИХ С СОПУТСТВУЮЩИМ ХРОНИЧЕСКИМ ГЕПАТИТОМ С.

Мусатова Н. В., Кузьмина Н.В.
Сургутский Государственный Университет ХМАО, Сургут

Нами проанализированы данные исследования 208 больных диссеминированным туберкулезом, впервые взятых на учет в противотуберкулезном диспансере г. Сургута за 2002-2006 годы. Были выделены две группы больных: в I группу (32 человека) вошли больные диссеминированным туберкулезом с сопутствующим хроническим гепатитом С, во II группу - больные диссеминированным туберкулезом без вышеуказанной патологии (176 человек). Почти все больные I группы (96,4%) были в возрасте до 40 лет, среди больных II группы лиц до 40 лет выявлено 56,7%. У всех больных I группы туберкулезный процесс был распространенным с поражением обоих легких. Во II группе процесс расценен как распространенный у 91,5% больных. Бактериовыделение выявлено у 24 (84,3%) больных I группы, в то время как у больных II группы оно встречалось в 74,2% случаев. Распад легочной ткани наблюдался в 81,2% (26 человека) и 68,6% (122 человека) I и II групп соответственно. Трансаминазы (АЛТ и АСТ) в сыворотке крови были повышены у 14 пациентов (43,8%) I группы, во II группе – У 67 человек (37,6%). Таким образом, поражение легких при диссеминированном туберкулезе в сочетании с хроническим гепатитом С характеризуется большой протяженностью, двусторонностью, высокой частотой деструкции и бактериовыделения.

504. ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫЕ ФОРМЫ ТУБЕРКУЛЕЗА НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ

Мусатова Н. В., Кузьмина Н.В.
Сургутский Государственный Университет ХМАО, Сургут

Нами проанализированы данные исследования 45 больных генерализованным туберкулезом, впервые взятых на учет в противотуберкулезном диспансере г. Сургута за 2002-2006 годы. Чаще генерализованный туберкулез развивается у лиц трудоспособного и репродуктивного возраста. 65% больных составляли мужчины, лиц БОМЖ было 4,4% (2

человека), 17,7% больных назвали в анамнезе жизни судимости, не работали 66,7% пациентов. У 16 человек (35,5%) генерализация туберкулеза развилась на фоне ВИЧ – инфекции, у 14 (31,1%) – на фоне вирусного гепатита С. Только 10 больных (22,2%) выявлены при профилактическом осмотре. У одного больного (2,2%) туберкулез был обнаружен посмертно, 34 больных (75,6%) выявлены при обращении с жалобами. Туберкулезное поражение менингиальных оболочек было выявлено у 40% больных, диссеминацию в печень, почки и селезенку имели по 20% больных, периферические лимфоузлы 22,2%, кости 15,6%, поражение гортани отмечено у 13,3% пациентов, экссудативный плеврит наблюдался у 8,9% пациентов, по одному человеку (2,2%) имели полисерозит и поражение мочевого пузыря, причем генерализация туберкулезного процесса в органы брюшной полости определялась преимущественно посмертно. У большей части больных отмечались бронхо-легочные симптомы, симптомы интоксикации отмечались у всех больных. У большинства больных (88,9%) процесс был распространенным. По клиническим формам больные распределялись следующим образом: диссеминированный туберкулез отмечен у 23 пациентов (48,9%), милиарный туберкулез у 22,2% - 10 больных, фиброзно-кавернозный – у 5 пациентов (11,3%), инфильтративный – у 4 больных (8,9%), по 4% пришлось на крупозную пневмонию и туберкулому. Больше половины больных имели распад легочной ткани (60%). Бактериовыделение выявлено у 36 больных (80%).

505. ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ РЕПАРАТИВНЫХ ПРОЦЕССОВ НА МОДЕЛИ МНОЖЕСТВЕННО ЛЕКАРСТВЕННО-УСТОЙЧИВОГО ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОГО ТУБЕРКУЛЕЗА

Суркова Л.К., Дюсьмикеева М.И., Залуцкая О.И.
ГУ «НИИ пульмонологии и фтизиатрии», Минск, Беларусь

Цель: изучить особенности репарации туберкулеза и эрадикации микобактерий туберкулеза (МБТ) при разных режимах химиотерапии на модели экспериментального туберкулеза.
Материалы и методы: морских свинок (n=50) заражали лекарственно-чувствительными (ЛЧ) и множественно лекарственно-устойчивыми (МЛУ) к изониазиду (H), рифампицину (R), стрептомицину, этамбутолу и этионамиду штаммами МБТ из коллекции института в дозе 0,025 мг. Животные были разделены на: опытные леченые (n=30) и контрольные нелеченые (n=20) группы. Лечение животных начато через 14 дней и проводилось в дозах: H– 10мг/кг, R – 10мг/кг, офлоксацин (O) – 15мг/кг, амикацин (Am) –15мг/кг в двух режимах: (H+R) и (H+R+Am+O). Длительность лечения составила 50 дней, эффективность оценивали по 4-х балльной системе, предложенной Г.Н. Першиным. Результаты. При химиотерапии (H+R) животных, зараженных ЛЧ МБТ отмечен низкий индекс высеваемости (ИВ) (0,14±0,14), которому соответствовал низкий индекс поражения (ИП) внутренних органов (0,29±0,2) по сравнению с контрольными нелеченными животными (соответственно 0,8±0,2 и 1,75±0,8). У животных, зараженных МЛУ МБТ, после проведения лечения (H+R) средний ИП составил 1,0±0,3, ИВ – 0,75±0,16 по сравнению с контрольными нелеченными животными (соответственно 2,5±0,2 и 0,67±0,21). В группе животных с МЛУ МБТ, пролеченных (H+R+Am+O), средний ИП составил 1,75±0,8, в сравнении с 2,5±0,2 у нелеченых, а ИВ (0,8±0,2) мало отличался от таких же значений у нелеченых, зараженных МЛУ МБТ животных (0,67±0,21). Заключение. На модели экспериментального МЛУ туберкулеза, пролеченного 4-мя противотуберкулезными препаратами, сохраняется высокая персистенция МБТ в тканях и высокий индекс поражения. Добавление 2-х препаратов (Am+O), к которым сохранена чувствительность МБТ, оказалось малоэффективным.

506. РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ТУБЕРКУЛЕЗНОГО ПРОЦЕССА В ЛЕГКИХ У ВПЕРВЫЕ ВЫЯВЛЕННЫХ БОЛЬНЫХ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ МЕТОДА ВЫЯВЛЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Глумная Т. В.
ГУЗ Воронежский областной клинический противотуберкулезный диспансер им.Н.С. Похвисневой

Целью исследования является сравнительный анализ распространенности специфического процесса по долям легких у впервые выявленных больных туберкулезом в зависимости от метода выявления заболевания (n=1251). Специфические изменения были ограниченными и локализованы в пределах одной доли у 64,5% пациентов от общего числа больных, еще у 21,2% – в пределах двух долей. Поражение 3 долей и более зарегистрировано у 14,3% лиц, в том числе у 2,9% туберкулезные изменения определялись по всем легочным полям. Установлено, что среди больных, выявленных активно, число пациентов с локализацией специфического процесса в пределах одной – двух долей (86,1%) на 12,8% больше, чем в группе выявленных при обращении (76,1%). В тоже время доля больных с распространенными формами, при которых туберкулезные изменения определялись по всем легочным полям, среди выявленных активно (6,2 %) в 2,2 раза меньше по сравнению с группой выявленных пассивно (13,7%). При регистрации малых форм заболевания (в том числе очагового туберкулеза и туберкулемы) различий в распространенности специфических изменений у больных, выявленных различными методами, не установлено. При инфильтративном туберкулезе число ограниченных форм, локализованных в пределах одной доли, больше на 18,2% среди лиц, выявленных активно (67,7%) по сравнению с выявленными пассивно (57,3%). В группе взятых на учет при обращении доля распространенных форм, при которых туберкулезные изменения определялись по четырем и пяти долям, достигала 9,7%. Это в 2,5 раза больше, чем среди выявленных при проверочных обследованиях (3,8%). Различия показателей статистически достоверны. Полученные данные свидетельствуют о том, что проведение мероприятий по активному выявлению туберкулеза позволяет своевременно диагностировать более ограниченные процессы.

507. ИММУНОБИОЛОГИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ У ДЕТЕЙ ИНФИЦИРОВАННЫХ ЛЕКАРСТВЕННО-УСТОЙЧИВЫМИ МИКОБАКТЕРИЯМИ ТУБЕРКУЛЕЗА И МЕТОДИКА ИХ ПРЕВЕНТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ

Лугинова Е. Ф.
Научно-практический центр "Фтизиатрия" Минздрава РС (Я), Якутск

Цель. Определить состояние иммунитета у детей, инфицированных лекарственно-устойчивыми (ЛУ) МБТ и разработать оптимизированную методику предупреждения развития у них локального туберкулеза.
Материалы и методы: статистические отчетные данные РПТД Республики Саха (Якутия) за 2004-2006 гг. и дети, инфицированные МБТ в возрасте от 2-х до 14 лет из контактов с больными, выделяющими ЛУ и лекарственно-чувствительные МБТ.
Результаты. Частота инфицирования детей ЛУ МБТ составила 19,8%. Степень риска развития туберкулеза у данной категории детей высокая, о чем свидетельствует то, что у 12% из них в течение двух лет со времени установления виража развивается локальный туберкулез. У детей при инфицировании ЛУ МБТ выявлены клинико-лабораторные проявления и особенности реакции иммунной системы, с учетом которых определена симптоматика иммунобиологических нарушений и разработана схема дифференциальной диагностики инфицированности лекарственно-устойчивыми и чувствительными штаммами МБТ. Получены сведения об однотипности нарушений иммунологической

реактивности у детей, инфицированных ЛУ штаммами МБТ и детей больных туберкулезом с лекарственной устойчивостью МБТ. В целях коррекции этих нарушений и предупреждения заболевания разработана и внедрена методика превентивного лечения в усиленном режиме в комплексе с иммунокорректорами. Заключение. Методика превентивного лечения оказалась более эффективной, по сравнению со стандартной схемой химиопрофилактики, о чем свидетельствовали снижение туберкулиновой чувствительности по всем параметрам, существенная прибавка годового прироста весо-ростового показателя, снижение частоты острых респираторных инфекций, нормализация показателей иммунного статуса и отсутствие заболеваемости туберкулезом.

508. ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ ТУБЕРКУЛЕЗА У ДЕТЕЙ ПРИ ИНФИЦИРОВАНИИ ЛЕКАРСТВЕННО-УСТОЙЧИВЫМИ МИКОБАКТЕРИЯМИ ТУБЕРКУЛЕЗА

Лугинова Е. Ф.
Научно-практический центр "Фтизиатрия" Минздрава РС (Я), Якутск

Цель. Определить факторы риска развития туберкулеза у детей, инфицированных лекарственно-устойчивыми МБТ и разработать схему их превентивного лечения и диспансерного наблюдения. Материал и методы: статистические отчетные данные Республиканского ПТД Республики Саха (Якутия) за 2002-2004 гг. и 120 детей, инфицированных МБТ в возрасте от 2-х до 14 лет из контактов с больными, выделяющими ЛУ штаммы МБТ и МБТ с сохраненной лекарственной чувствительностью. Результаты. Показатель инфицированности МБТ среди детского населения в 2004-2006 гг. составил 15%. Дети, наблюдавшиеся в VI группе составили более 2%, в т.ч. с виражом - 1,3% всего детского населения. Туберкулез выявлялся в среднем у 0,3% детей, наблюдавшихся в VI группе учета, что составило 17,3% среди всех впервые выявленных больных туберкулезом детей. Численность инфицированных детей, имевших контакт с больными, выделяющими ЛУ штаммы МБТ имеет отчетливую тенденцию роста, показатель заболеваемости туберкулезом среди них превышает более чем в 10 раз среднереспубликанский показатель. Заключение. К факторам риска заболевания у детей из контактов с ЛУ МБТ относятся: применение стандартных режимов химиопрофилактики одним препаратом из группы ГИНК в профилактических дозировках без учета лекарственной чувствительности МБТ источника заражения, наличие сопутствующих заболеваний, снижение общей сопротивляемости организма, в том числе иммунного статуса. С учетом наличия вышеуказанных факторов риска детям данной категории рекомендуется проведение превентивного лечения двумя ПТП в лечебных дозировках в комплексе с иммунокорректорами. Диспансерное наблюдение за такими детьми должно проводиться с особой сигнальной отметкой – маркировкой амбулаторной карты в ПТД и на педиатрическом участке.

509. ПРИЧИНЫ И СРОКИ ВОЗНИКНОВЕНИЯ МНОЖЕСТВЕННОЙ ЛЕКАРСТВЕННОЙ УСТОЙЧИВОСТИ У БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ

Винокурова М. К.-1, Зорина С.П.-1, Филиппова А.А.-1, Кузьмина А.А.-2
Научно-практический центр «Фтизиатрия» МЗ РС (Я), Якутск-1, Мединститут ЯГУ, Якутск-2

Цель: изучить причины и сроки возникновения вторичной (приобретенной) множественной лекарственной устойчивости у больных туберкулезом легких. Результаты: проведен анализ причин формирования приобретенной множественной лекарственной устойчивости (МЛУ) у 145 больных туберкулезом легких. Из них 35 (24,1%) больных с впервые выявленным и рецидивным туберкулезом (1-я группа), остальные 110 (75,9%) состоящие на диспансерном учете более 12 мес. Среди больных

обеих групп основными причинами формирования МЛУ МБТ являются: 1) нарушения стационарного режима лечения: в 1-й группе - 42,9%, во 2-й -78,2%; 2) хронический алкоголизм: соответственно 40,0 и 62,7%; 3) неадекватный режим химиотерапии: 28,6 и 61,8%; 4) отсутствие постоянного места проживания: 22,9 и 66,4%; 5) ранее пребывание в ЗК: 22,9 и 43,6%. В группе больных, состоящих на учете более 12 мес. частота выявленных основных причин формирования МЛУ МБТ выше в 1,6-2,9 раза. В 1-й группе до 6 мес. химиотерапии приобретенная МЛУ МБТ сформировалась в 34,3% случаев, в срок от 6 до 12 мес. – 17,1%, от 18 до 24 мес.- 14,3%, свыше 24 мес.- 34,3%. Во 2-й группе приобретенная МЛУ МБТ в срок до 6 мес. была установлена у 27,3%, от 12 до 24 мес.- 22,7%, у остальных 50% - в срок более 24 мес. Заключение: Основной причиной возникновения вторичной (приобретенной) МЛУ МБТ является социальная дезадаптация больных туберкулезом: постоянные нарушения режимов стационарного и амбулаторного лечения вследствие хронического алкоголизма, отсутствия постоянного места проживания, пребывание в ЗК в анамнезе. До 1/3 случаев формирования МЛУ МБТ происходит в срок до 6 мес. химиотерапии, половина случаев - до одного года лечения и диспансерного наблюдения.

510. МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА БОЛЬНЫХ, УМЕРШИХ ОТ ТУБЕРКУЛЕЗА С МНОЖЕСТВЕННОЙ ЛЕКАРСТВЕННОЙ УСТОЙЧИВОСТЬЮ

Винокурова М. К., Зорина С.П., Филиппова А.А., Лукина А.М.
Научно-практический центр «Фтизиатрия» Минздрава Республики Саха (Якутия), Якутск

Цель: изучить возрастно-половую и медико-социальную характеристику умерших от туберкулеза с множественной лекарственной устойчивостью (МЛУ) больных.
Методы исследования: ретроспективный анализ умерших от туберкулеза больных по амбулаторным картам и историям болезни. Результаты: за 2005-06 гг. от туберкулеза в Республике Саха (Якутия) умерли 161 больных, из них у 26 (16,1%) была определена МЛУ МБТ. Мужчин 21 (80,8%) чел. в возрасте от 30 лет и старше (85,8%), женщин - 5 (19,2%), в возрасте 20-39 лет – 3 (60%), 60 лет и старше -2 (40%). Социальная дезадаптация определена у 16 (61,5%) чел., 6 (23,1%) ранее имели судимости. У всех больных, умерших от туберкулеза, был установлен распространенный деструктивный процесс с массивным бактериовыделением. В течение первого года наблюдения умерли 7 (26,9%) чел., у всех была определена первичная МЛУ МБТ. У 12 (46,2%) больных длительность тубанамнеза составила от 3 до 6 лет, 7 (26,9%) чел. состояли на диспансерном учете 6 и более лет. Из больных с длительным тубанамнезом только у двоих была определена первичная МЛУ, у остальных 18 (69,2%) - приобретенная МЛУ МБТ. Основными причинами формирования приобретенной МЛУ являлись неоднократные нарушения режимов химиотерапии, стационарного и амбулаторного курсов лечения, отказ от своевременного хирургического вмешательства, хронический алкоголизм. Заключение: среди умерших от туберкулеза с МЛУ преобладают мужчины старше 30 лет с социальной дезадаптацией, ранее судимые, состоящие на диспансерном учете более 3-х лет, нарушающие режим химиотехимиотерапии, отказывающиеся от стационарного лечения и хирургических вмешательств, страдающие хроническим алкоголизмом. У всех умерших приобретенная МЛУ МБТ явилась основным клиническим критерием неэффективности комплексного лечения.

511. ЭФФЕКТИВНОСТЬ ХИМИОТЕРАПИИ ВПЕРВЫЕ ВЫЯВЛЕННЫХ БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ В РЕСПУБЛИКЕ САХА (ЯКУТИЯ)

Винокурова М. К., Кондратьева М.Н., Лукина А.М., Зорина С.П.
Научно-практический центр «Фтизиатрия» Минздрава Республики Саха (Якутия), Якутск

Цель: изучить результаты исходов химиотерапии впервые выявленных больных туберкулезом легких. Методы исследования: когортное исследование на основе программы мониторинга эффективности химиотерапии больных туберкулезом. Результаты: в 2005 г. впервые выявлено 577 новых случаев туберкулеза легких, которые сформировали годовую когорту. Квартальные когорты составили: за I кв.- 107 (18,5%) больных, II кв.- 163 (28,3%), III кв. – 156 (27,0%), IV кв.-151 (26,2%). Всего бактериовыделителей - 305 (52,9%), в том числе с МБТ (+) методом микроскопии 196 (34,0%) чел., деструктивные изменения выявлены у 250 (43,3%). При оценке результатов химиотерапии через 12 мес. в годовой когорте эффективный курс составил 75,7% (437 чел), неэффективный - 7,3% (42 чел.), умерли - 5,3% (31 чел.), в том числе от туберкулеза – 3,3% (19 чел.) прерывание курса – 6,1% (35 чел.), выбыли- 4,0% (23 чел.), диагноз снят - 1,6 (9 чел.). Частота эффективного курса химиотерапии поквартально составила: за I кв.- 74,7%, II кв.- 74,8%, III кв. – 73,7%, IV кв.-79,5%. Заключение: исход лечения «Эффективный курс химиотерапии» впервые выявленных больных туберкулезом по результатам когортного метода слежения стабильно определяется на достаточно высоком уровне. Однако не прослежены результаты лечения у лиц, выбывших с одной территории в другую и частота исхода «прерывание курса химиотерапии», что обосновывает необходимость усиления работы с больными по повышению мотивации к лечению и совершенствованию диспансерной работы.

512. НЕСПЕЦИФИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ЛЕГКИХ У БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ

Якимова И. А., Куклина Г.М., Шмелев Е.И., Пунга В.В.
Центральный НИИ туберкулеза РАМН, Москва

Была изучена частота встречаемости неспецифических заболеваний легких у больных с различными формами туберкулеза легких (ТБ).Получены сведения о 3353 больных ТБ из 8 регионов России, содержащие информацию о форме туберкулеза, особенности течения процесса, наличии сопутствующих заболеваний (данные историй болезни), обследовано 139 больных ТБ, лечившихся в ГУЦНИИТРАМН и ПТД №2 г.Москвы. Результаты: наличие у больных ТБ сопутствующей патологии легких не всегда фиксируется врачами. В различных регионах сведения о наличии сопутствующей легочной патологии у больных ТБ не однозначны. В Саратовской области среди впервые выявленных больных ТБ болезни органов дыхания встречались в 30.1%, в республике Калмыкия в 16,5%, в Астраханской области-1.5% случаев. Популярны диагнозы - хронический бронхит (ХБ), пневмония, бронхиальная астма (БА). Бронхоэктатическая болезнь легких, абсцесс легкого были редки. Результаты анализа данных, полученных из регионов, позволяют заключить, что уровень знаний врачей-фтизиатров в вопросах пульмонологии зависит от активности главных пульмонологов регионов, от интеграции фтизиатрической и пульмонологической служб, от оснащенности диагностической и лечебной аппаратурой. При осмотре пациентов в стационарах Москвы было установлено, что сопутствующие заболевания легких были зафиксированы в историях болезни у 19.4% пациентов. При осмотре этих больных и анализе результатов исследования функции внешнего дыхания число таких пациентов увеличилось в 1.8+0.2 раз. Следует отметить, что изначально крайне редко встречались диагнозы БА и хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ). Все больные с бронхообструктивным синдромом оценивались как страдающие ХБ. При обследовании же пациентов нами установлен диагноз БА у 6 (4.3%), ХОБЛ у 10человек (7.2%).

513. ИЗУЧЕНИЕ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ХРОНИЧЕСКИХ НЕСПЕЦИФИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЛЕГКИХ (ХНЗЛ) У БОЛЬНЫХ

ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ И ОШИБКИ В ДИАГНОСТИКЕ ТУБЕРКУЛЕЗА ЛЕГКИХ (ТБ).

Куклина Г. М., Якимова М.А., Демихова О.В., Шмелев Е.И., Пунга В.В.
ГУ Центральный НИИ туберкулеза РАМН, Москва

Цель: исследовать распространенность ХНЗЛ у больных туберкулезом легких и изучить причины возникновения ошибки в диагностике ТБ.
Материал и методы: исследовано 83 больных туберкулезом легких в ПТД, а также 100 больных, в консультационно-диагностическом отделении ГУ ЦНИИТ РАМН. Все больные в ПТД были подвергнуты физикальному обследованию, анкетированию, изучению медицинских карт, исследованию функции внешнего дыхания (ФВД). Все больные в ГУ ЦНИИТ РАМН были подвергнуты физикальному, микробиологическому и бронхологическому обследованиям с проведением браш-биопсии, чрезбронхиальной биопсии, исследованию ФВД. Результаты исследования: Из 83 больных ТВ, находящихся на учете в ПТД, по данным медицинских карт у 12 человек (14,4%) имеется ХНЗЛ: хронический бронхит- 6 человек, пневмония-1 человек, бронхиальная астма-2 человека, другие-3 человека. ФВД нарушена по обструктивно-рестриктивному типу у 42 больных (50,6%). После дообследования 22 пациентам был установлен диагноз ХНЗЛ: ХОБ-6 человек, ХОБЛ-14 человек, БА- 2 человека. У пациентов из консультационно-диагностического отделения ГУ ЦНИИТ РАМН с направительным диагнозом туберкулез легких, после дообследования только у 22% подтвердился диагноз туберкулеза легких, у 23%- саркоидоз легких, рак легких – 17%, пневмония – 14%, ХОБЛ- 3%, бронхоэктатическая болезнь- 8%, другие – 13%. Заключение: полученные данные выявили гиподиагностику ХНЗЛ у больных ТБ, а также высокую вероятность ошибок при диагностике ТБ на диагностическом этапе в других лечебных учреждениях. Причиной гиподиагностики хронических неспецифических болезней легких у больных туберкулезом легких, а также гипердиагностики туберкулеза легких служит недостаточное обследование больных.

514. СРАВНИТЕЛЬНАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ ИТРАКОНАЗОЛОМ И КЕТОКОНАЗОЛОМ ГРИБКОВОЙ ИНФЕКЦИИ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ У БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ

Ловачева О.В., Корниенко И.И., Слогоцкая Л.В.
Московский научно-практический центр борьбы с туберкулезом

Распространенность грибковой инфекции (ГИ) среди больных туберкулезом высокая, так у 66,7% обследованных в мокроте был выявлен титр грибов рода Candida, превышающий 1х103 КОЕ/мл, или выявлены грибы, которые в норме не встречаются. Наличие факторов риска: социальная незащищенность (безработные, пенсионеры), казеозная пневмония, ХОБЛ увеличивают частоту ГИ до 80-100%. Цель исследования: изучить эффективность итраконазола и кетоконазола при лечении грибковой инфекции у больных туберкулезом легких. Противотуберкулезная терапия не является фактором, в значительной мере влияющим на частоту ГИ, что позволяет успешно лечить ее у больных туберкулезом, принимающих противотуберкулезные препараты. Из 66 больных, получавших интраконазол в суспензии, лечение было эффективным у 97,0%: эрадикация (полное отсутствие грибов методом посева) получена у 47(71,2%) и снижение исходного титра - у 17(25,8%) пациентов. Побочные реакции наблюдались у 18 (25,7%) больных в виде тошноты, лишь у 4(5,7%) потребовалась отмена препарата. На эффективность лечения достоверно влияли два фактора: штаммы грибов с «умеренной чувствительностью» к интраконазолу и прогрессирующее течение туберкулеза на фоне противотуберкулезной терапии. Оценена эффективность лечения итраконазолом и кетоконазолом в группах по 30 больных, сформированных с применением рандомизации. Установлено, что 14-

дневный курс итраконазола достоверно эффективнее 14-дневного курса кетоконазола (эрадикации у 71,2% и 16,7% пациентов соответственно).

515. ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА, ПРОЖИВАЮЩИХ В СЕЛЬСКИХ РАЙОНАХ ЯРОСЛАВСКОЙ ОБЛАСТИ.

Соловьев Е. О., Кибрик Б. С.
Ярославская государственная медицинская академия

Анализ материалов за период с 2000 по 2005гг. показал, что в сельских районах проживало не более 16.1% (254) всех женщин репродуктивного возраста Ярославской области. В то же время среди впервые выявленных больных туберкулезом женщин данной возрастной категории более 22.5% было выявлено в сельской местности. Заболеваемость туберкулезом женщин фертильного возраста, проживающих в сельских районах составила: в 2000г. – 44.5% (на 100 тыс. населения); в 2001г. – 32.5%; в 2002г. – 54.8; в 2003г. – 30.8; в 2004г. – 61.6; в 2005г. – 53.7. Аналогичный показатель по Ярославской области был существенно ниже: в 2004г. – 37.6; в 2005г. – 39.4. В структуре клинических форм туберкулеза органов дыхания у впервые выявленных больных в сельских районах преобладали инфильтративный (41.8%) и диссеминированный (17.4%) туберкулез легких, удельный вес очагового туберкулеза составил – 12.9%, казеозной пневмонии 3.5%. Наиболее часто туберкулез легких выявлялся у женщин в возрасте 19 – 30 лет, не имевших официального трудоустройства. Таким образом, установлено, что заболеваемость туберкулезом женщин репродуктивного возраста выше аналогичного показателя по Ярославской области в целом и характеризуется тенденцией к нарастанию в сочетании с ухудшением структуры клинических форм туберкулеза органов дыхания.

516. ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ ВПЕРВЫЕ ВЫЯВЛЕННЫХ БОЛЬНЫХ ИНФИЛЬТРАТИВНЫМ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ С ПРИМЕНЕНИЕМ ПРЕПАРАТА БЕСТИМ.

Абдулраззак Таххан, Кибрик Б. С., Баранов А. А.
Ярославская государственная медицинская академия

Современные особенности эпидемиологии туберкулеза привели к возрастанию числа больных с рефрактерностью к проводимой стандартной этиотропной терапии. На фоне широко проводимых исследований Т- и В- системы иммунитета нами была выявлена дисрегуляция в клеточном звене иммунитета у больных остропрогрессирующим деструктивным туберкулезом легких. С целью коррекции выявленных нарушений в процессе лечения использовали препарат иммуномодулятор БЕСТИМ. Среди 26 больных с впервые выявленными формами деструктивного туберкулеза казеозная пневмония была у 5, инфильтративный туберкулез у 14, в том числе остропрогрессирующий у 5, диссеминированный туберкулез был у 7, в том числе остропрогрессирующий у 2 больных. Множественная лекарственная устойчивость определялась более чем у половины больных казеозной пневмонией, остропрогрессирующим инфильтративным и диссеминированным туберкулезом. По результатам проводимого лечения с включением препарата БЕСТИМ к окончанию 6-8 мес. курса не отмечали положительной рентгенологической динамики ишь у 3 больных. В эти же сроки отмечено закрытие деструкций. Высокая эффективность была у 10 больных с множественными деструкциями из 11, что мы связывали с использованием БЕСТИМА в ингаляциях. Сравнительная оценка с контрольной группой больных показала значительный эффект при использовании БЕСТИМА.

517. ПРОГРАММА ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ОСТРОПРОГРЕССИРУЮЩИХ ДЕСТРУКТИВНЫХ ФОРМ ТУБЕРКУЛЕЗА ЛЕГКИХ

Кибрик Б.С., Челнокова О. Г.
ГОУ ВПО Ярославская государственная медицинская академия

В комплексном лечении 246 больных остропрогрессирующими формами туберкулеза, в том числе 118 больных казеозной пневмонией использована программа интенсивной этапной патогенетической терапии. Основными направлениями являлись: компенсация полиорганной недостаточности, детоксикация, иммунотерапия, коррекция метаболических нарушений, улучшение микроциркуляции и гемореологии, подавление активности вторичной флоры, бронхомуколитическая терапия, антиоксидантная терапия, противовоспалительная терапия, стимуляция репаративных процессов, уменьшение побочных эффектов противотуберкулезных препаратов, лечение сопутствующей патологии. Программа патогенетической терапии включала этап реанимационных мероприятий 10 - 20 дней, этап интенсивной терапии 1-4 мес., этап поддерживающего лечения 2-4 мес. и этап реабилитации 3-10 мес. Особое внимание было уделено интенсивной, длительной детоксикации и иммунотерапии. В лечении 112 больных на первом этапе использована экстракорпоральная фармакотерапия с иммунопрепаратами – лейкинфероном, диуцифоном, у 32 больных использована экстракорпоральная фармакотерапия с антиагрегантом – пентоксифиллином. Экстракорпоральные методы в течение 2 - 3 недель у 89% больных позволили снизить уровень эндотоксикоза в 3 раза, восстановить иммунную реактивность и улучшить микроциркуляцию в легких на 40 - 90%. Применение интенсивной этапной патогенетической терапии привело к значительному уменьшению клинико-рентгенологических и лабораторных изменений в течение 2 месяцев, прекращению бактериовыделения в течение 4 месяцев у 79% больных казеозной пневмонией и 94% больных другими остропрогрессирующими формами туберкулеза. Клиническое излечение в течение 3 – 5 лет было достигнуто у 62% больных остропрогрессирующими формами, в том числе у 49% больных казеозной пневмонией.

518. ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНАЯ ФАРМАКОТЕРАПИЯ С ИММУНОПРЕПАРАТАМИ И АНТИАГРЕГАНТАМИ В ЛЕЧЕНИИ ОСТРОПРОГРЕССИРУЮЩИХ ФОРМ ТУБЕРКУЛЕЗА

Челнокова О. Г., Кибрик Б.С.
ГОУ ВПО Ярославская государственная медицинская академия

В комплексном лечении 144 больных остропрогрессирующими формами туберкулеза, в том числе 77 больных казеозной пневмонией, в течение первых 2-3 недель была использована экстракорпоральная фармакотерапия. Экстракорпоральная иммунотерапия проводилась с применением диуцифона у 64 больных и лейкинферона у 48 больных. Экстракорпоральная коррекция гемореологических нарушений с использованием пентоксифиллина проведена у 32 больных. Группу сравнения составили 80 больных остропрогрессирующими формами с использованием плазмафереза. Экстракорпоральная фармакотерапия в течение 2 - 3 недель у 89% больных позволили снизить уровень эндотоксикоза в 3 раза, восстановить иммунную реактивность и улучшить микроциркуляцию в легких на 40 - 90%. Малообъемный плазмаферез способствовал улучшению иммунных показателей через 4 - 6 недель у 56% больных. Применение экстракорпоральной фармакотерапии у больных казеозной пневмонией способствовало купированию клинических проявлений заболевания и формированию отграниченных деструкций на месте альтеративного поражения в течение 2-3 мес. с последующей инволюцией процесса. При использовании экстракорпоральной фармакотерапии клиническое излечение наступило у 82% больных. При использовании плазмафереза в

течение 1-2 мес. наблюдалась временная стабилизация клинико-рентгенологической картины у 54% больных. Преобладало прогрессирующее течение заболевания с неблагоприятными исходами у 72% больных. Таким образом, экстракорпоральная фармакотерапия явилась эффективным методом экстренного восстановления иммунной реактивности, быстрого снижения тяжелого эндотоксикоза и коррекции гемореологических нарушений у больных остропрогрессирующими формами туберкулеза, что привело к улучшению результатов лечения и снижению летальных исходов в 8 раз.

519. РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ВПЕРВЫЕ ВЫЯВЛЕННЫХ БОЛЬНЫХ ДЕСТРУКТИВНЫМИ ФОРМАМИ ТУБЕРКУЛЕЗА ЛЕГКИХ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ХАРАКТЕРА ХИМИОРЕЗИСТЕНТНОСТИ МИКОБАКТЕРИЙ ТУБЕРКУЛЕЗА.

Шестопалова Т. А., Кибрик Б. С.
Ярославская государственная медицинская академия

Был проведен анализ историй болезни 122 больных деструктивным туберкулезом легких, выписанных из стационара Ярославского областного противотуберкулезного диспансера в 2000 – 2006 годах. Среди форм туберкулеза в фазе распада у этих больных наблюдались: инфильтративный (61%); диссеминированный (20%); туберкулома (8%). Диагноз при обращении пациентов с жалобами легочного характера устанавливался в 45% случаев. Несвоевременное прохождение ФЛГ обследования явилось причиной позднего выявления более 60% больных. За нарушение больничного режима были выписаны более 60% больных, чем обусловлены короткие сроки пребывания их в стационаре. Главной причиной неэффективности лечения больных на стационарном этапе явилось наличие химиорезистентности микобактерий туберкулеза более чем в 50% случаев. Из 56 (45.9%) больных, выделявших микобактерии туберкулеза, лекарственная устойчивость к S, H, R встречалась у 21.4% больных; только к H – у 18.2%; R – 19.6%; E – 8.9%; S – 23%; K – 8.9%. После стационарного курса лечения абациллированы 50% больных и 50% – на амбулаторном этапе. Анализ эффективности амбулаторного лечения по критерию закрытия полостей деструкции показал, что полости закрылись у 46% больных и только 5% из них ранее выделяли микобактерии туберкулеза с устойчивостью к одному препарату. Летальные исходы наблюдались в 5.5% случаев, причем все больные с множественной лекарственной устойчивостью. Клиническое излечение наступило у 35% больных.

520. СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПО ТУБЕРКУЛЕЗУ У КОРЕННОГО И ПРИЕЗЖЕГО НАСЕЛЕНИЯ Г. СУРГУТА ХАНТЫ-МАНСИЙСКОГО НАЦИОНАЛЬНОГО ОКРУГА.

Кузьмина Н. В., Вялков А.И., Мусатова Н.В.
Сургутский государственный университет, Сургутский противотуберкулезный диспансер

Были изучены эпидемиологические показатели по туберкулезу у коренных малочисленных народностей севера, проживающих в г. Сургуте Ханты-Мансийского национального округа и у приезжего населения за 2006 год. Показатель заболеваемости у коренного населения составил 254,1 на 100000 населения, тогда как у приезжего – 101,8 на 100000. Еще более выраженные отличия были выявлены в показателях болезненности и смертности: показатель болезненности у коренных малочисленных народностей севера составил 1257,9 на 100000 (у приезжего населения - 248,3 на 100000), показатель смертности – 125,7 (у приезжего населения - 22,3). Показатель бациллярности также оказался значительно выше у коренных малочисленных народностей севера – 503,1, тогда как у приезжего населения он составил 110,2. Частота деструктивных форм при выявлении туберкулеза у коренных малочисленных народностей севера составила 50%, у приезжего населения – 28,1%. Отмеченные отличия эпидемиологических показателей

обусловлены, в первую очередь, генетической предрасположенностью коренных малочисленных народностей севера к заболеванию туберкулезом. ВИЧ-инфицированных среди пациентов, относящихся к коренным малочисленным народностям севера, выявлено не было, тогда как у 16% впервые выявленных больных среди приезжего населения методом иммунного блоттинга выявлены антитела к ВИЧ.

521. АНАЛИЗ СМЕРТНОСТИ ОТ ТУБЕРКУЛЕЗА В УСЛОВИЯХ СЕВЕРНЫХ ШИРОТ.

Кузьмина Н. В., Вялков А.И., Мусатова Н.В.
Сургутский государственный университет, Сургутский противотуберкулезный диспансер

-Одним из важнейших показателей, характеризующих тяжесть эпидеми¬ческой ситуации по туберкулезу, является показатель смертности. Была проанализирована смертность больных туберкулезом в г. Сургуте Ханты-Мансийского национального округа за 2006 год. Город расположен в северных широтах, общее количество населения составляет 290598 человек. С 2000 года отмечалось снижение смертности от туберкулеза, однако в 2006 году этот показатель вновь вырос и составил 22,0 на 100000 (в 2000 году он был 20,5 на 100000). Всего умерло от туберкулеза 64 человека, из них 95% были лица трудоспособного возраста. В структуре смертности 15,6% составили лица, неизвестные диспансеру (10 человек), у 9,2% (6 человек) диагноз был выставлен посмертно. Среди, стоявших на учете умерших больных, 90% были бактериовыделителями и 31,2% были ВИЧ-инфицированными. Лица, умершие на первом году наблюдения, составили 25%. Чаще всего причиной смерти был диссеминированный туберкулез (40,6%) и фиброзно-кавернозный туберкулез (26,6%), 6,3% больных умерли от милиарного туберкулеза. При анализе историй болезни выявлено, что чаще от туберкулеза погибали больные, ведущие асоциальный образ жизни, лица БОМЖ, прибывшие в г. Сургут из стран ближнего зарубежья, при несвоевременном обращении за медицинской помощью. По сезонам года смертность распределилась следующим образом: больше всего больных умерло весной (33%) и зимой (27%), меньше всего – летом (19%).

522. ИНФИЛЬТРАТИВНЫЙ ТУБЕРКУЛЕЗ ЛЕГКИХ “ПОД МАСКОЙ” ПНЕВМОНИИ

Т.Н.Соловьева-1, Л.Г.Соболева-2, В.Ю.Журавлев-1, А.Д.Комлев-2
ГОУ ДПО СПб МАПО, кафедра фтизиатрии-1, кафедра пульмонологии-2, Санкт-Петербург

Цель: Дифференциальная диагностика пневмоний и инфильтративного туберкулеза легких в терапевтическом стационаре. Метод: Анализ 25 случаев инфильтративного туберкулеза легких у больных в возрасте 19-64 лет, направленных в отделение пульмонологии с диагнозом пневмонии. Результаты: Это были в основном курящие мужчины, треть из них злоупотребляла алкоголем. Выявлена сопутствующая патология (76%), преобладал хронический бронхит(68%). Отмечен продромальный период: слабость, потливость, кашель, эпизодически подъем температуры. На этом фоне остро возникали выраженная интоксикация, озноб, одышка, что служило направлением в стационар с диагнозом пневмония. В половине случаев состояние было тяжелым, 12% пациентов лечились в отделении интенсивной терапии. На основании анамнеза, клинических данных, серии рентгено-томограмм, бактериоскопического исследования мокроты, аспирата из бронхов на микобактерии туберкулеза, серологического исследования крови с определением уровня противотуберкулезных антител у всех 25 больных был диагностирован инфильтративный туберкулез легких. Выводы: Туберкулез легких в современных условиях нередко начинается остро, с выраженной интоксикации и клинически проявляет себя как пневмония. Вероятно, это обусловлено присоединением

неспецифической бактериальной инфекции, способствующей, в сочетании с отстроченной специфической терапией, более быстрому распространению туберкулезной инфекции. Во всех случаях пневмоний в диагностику необходимо включать обязательную трехкратную микроскопию мокроты на микобактерии туберкулеза на начальном этапе и через 7-10-14 дней. При отсутствии убедительных данных за туберкулез показано проведение серологических реакций с туберкулезным антигеном, включая ПЦР-диагностику для выявления ДНК микобактерий туберкулеза.

Функциональная диагностика

523. ИССЛЕДОВАНИЕ ВОСПРОИЗВОДИМОСТИ ОСНОВНЫХ ПАРАМЕТРОВ ИМПУЛЬСНОЙ ОСЦИЛЛОМЕТРИИ У МАЛЕНЬКИХ ДЕТЕЙ С РЕСПИРАТОРНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Антонова Е. А., Клюхина Ю.Б., Черных О.Г., Ладинская Л.М., Ивашикина Т.М.
ГУЗ Консультативно-диагностический центр для детей г.Санкт-Петербурга

Цель исследования: исследовать вариабельность основных параметров - общего дыхательного импеданса (Zrs), его составляющих – резистанса и реактанса на частоте 5 Гц (Rrs5, Xrs5) импульсной осциллометрии (ИО) и рассчитать для них коэффициенты воспроизводимости (σv) для оценки нагрузочных тестов у детей 3-4 лет. Материалы и методы. На аппарате MasterScreenIOS (E.Jaeger, Germany) у 39 пациентов без респираторных жалоб при спонтанном дыхании были выполнены два последовательных парных измерения, включающих 5 попыток, с 15-минутным интервалом. Были проанализированы абсолютные изменения основных параметров (Zrs, Rrs5, Xrs5) и рассчитаны для них коэффициенты воспроизводимости (σv) по специальной формуле σv=√Σ d2/2n (Σ d2 – сумма разниц парных измерений, n – число обследованных). Результаты. Не было получено статистически значимых различий по средним величинам изучаемых параметров между двумя парными измерениями. Для изучаемых были рассчитаны следующие коэффициенты воспроизводимости σv (Zrs)= 0,08; σv (Rrs5)=0,07; σv (Xrs5)=0,05. Заключение. Данные коэффициенты воспроизводимости для основных параметров ИО могут быть использованы для оценки нагрузочных респираторных тестов методом ИО у маленьких детей, неспособных выполнить классическую спирометрию.

524. ПРОГНОЗИРОВАНИЕ АЭРОДИНАМИЧЕСКОГО СОПРОТИВЛЕНИЯ ЛЕГКИХ И ОБЪЕМА ФОРСИРОВАННОГО ВЫДОХА ПО ПАТТЕРНАМ ДЫХАНИЯ

Карзилов А.И., Тетенев Ф.Ф., Бодрова Т.Н.
Сибирский государственный медицинский университет, Томск

Цель: Изучить возможности прогнозирования Raw и ОФВ1 по паттернам спокойного дыхания (ПСД), антропометрическим данным (АМД) и оценку связи между Raw и ОФВ1. Методы исследования: Исследовали здоровых лиц, n=15; больных БА, n=30; ХОБЛ, n=16; пневмонией, n=17. При помощи плетизмопрессографа постоянного объема (Erich Jaeger, Германия) определяли Raw, ОФВ1; пневмотахографа (Медфизприбор, Казань) – ПСД при прерывании воздушного потока на 0,5 сек на вдохе и выдохе. Методами множественной и простой регрессии рассчитывали математические зависимости Raw и ОФВ1 от ПСД, АМД; Raw от ОФВ1. Результаты: Модели Raw, ОФВ1 включали предикторы пол П; возраст В; рост Р; параметры пневмотахограммы Spi, He, Spe:
Raw=0,171·П-0,131·He+12,500·Spe (1)
ОФВ1=-0,579·П-0,026·В+0,030·Р-19,777·Spi (2) Параметры моделей: p=0,000 (1, 2), скорректированный R-квадрат – 68,7% (1), 93,7% (2). Полученные данные свидетельствует, что ОФВ1 хорошо описываются ПСД и АМД, которых

недостаточно для прогнозирования Raw, в основе определения которого лежит измерение скорости потока воздуха и альвеолярного давления. Связь Raw с ОФВ1 оценивали по линейной модели (3) и лучшей модели (4), полученной при сравнительном анализе 27 альтернативных моделей простой регрессионной связи: Raw=1,043-0,218·ОФВ1 (3) Raw=(0,280+0,689/ОФВ1)^2 (4) Параметры моделей: p=0,000 (3, 4); коэффициент корреляции: -0,57 (3), +0,82 (4); скорректированный R-квадрат – 31,8% (3), 66,6% (4). Это свидетельствует о значительном преобладании нелинейного характера связи ОФВ1 с Raw. Заключение: Существенно различающиеся параметры моделей Raw и ОФВ1 определяются различиями в механизмах формирования ОФВ1 и Raw, имеющих нелинейную взаимосвязь, что указывает на различную значимость Raw и ОФВ1 в определении нарушений бронхиальной проходимости.

525. ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ВОЗМОЖНОСТИ МАТЕМАТИЧЕСКИХ МОДЕЛЕЙ В ПРОГНОЗИРОВАНИИ НАРУШЕНИЯ БРОНХИАЛЬНОЙ ПРОХОДИМОСТИ ПО ПАТТЕРНАМ ДЫХАНИЯ

Карзилов А.И., Тетенев Ф.Ф., Бодрова Т.Н.
Сибирский государственный медицинский университет, Томск

Цель: Изучить возможности прогнозирования нарушения бронхиальной проходимости (НБП) по паттернам спокойного дыхания (ПСД). Методы исследования: Исследовали здоровых лиц, n=15; больных БА, n=30; ХОБЛ, n=16; пневмонией, n=17. При помощи плетизмопрессографа постоянного объема (Erich Jaeger, Германия) определяли ФЖЕЛ, ОФВ1; пневмотахографа (Медфизприбор, Казань) – ПСД при прерывании воздушного потока на 0,5 сек на вдохе, выдохе. Рассчитывали ОФВ1/ФЖЕЛ%; ОФВ1 к должной величине (Клемент Р.Ф. и др., 1986) – ОФВ1% Результаты: Регрессионные модели ОФВ1/ФЖЕЛ% и ОФВ1%, включали предикторы: пол П; возраст В; рост Р; параметры пневмотахограммы Spi, Api, Ae: ОФВ1/ФЖЕЛ%=5,604·П–0,438·В+0,462·Р–355,249·Spi+0,056·Api+1,671·Ae (1) ОФВ1% = 0,606 Р – 665,346·Spi (2) Параметры моделей: p=0,000 (1, 2), скорректированный R–квадрат – 97,4% (1) и 93,5% (2). Рассчитывали чувствительность (Se), специфичность (Sp), прогностичность положительного (Pp) и отрицательного результата (Pn). Точки разделения теста выбирали при минимальном абсолютном значении dS=|Se-Sp|, которые соответствовали прогнозируемым 72% ОФВ1/ФЖЕЛ% (Se – 80,6%, Sp – 78,6%, Pp – 76,3%, Pn – 82,5%) и 89% ОФВ1% (Se – 78,8%, Sp – 73,3%, Pp – 68,4%, Pn – 82,5%). Результаты прогноза ОФВ1/ФЖЕЛ% и ОФВ1% ранжировались на VI степеней в пределах ± 25% dS и ± 50% dS от точек разделения, что позволило применять тест с высоким значением Se или Sp. Максимальные значения параметров теста в зависимости от степени ранжирования составили – ОФВ1/ФЖЕЛ%: Se – 97,2%, Sp – 97,6%, Pp – 93,3%, Pn – 94,4%; ОФВ1%: Se – 93,9%, Sp – 93,3%, Pp – 82,4%, Pn – 90,9%. Заключение: Полученные модели позволяют применять их в скрининге респираторной функции и клинической практике для исследования и мониторирования состояния бронхиальной проходимости.

526. ИССЛЕДОВАНИЕ ФУНКЦИИ ВНЕШНЕГО ДЫХАНИЯ У БОЛЬНЫХ С ЭКСПИРАТОРНЫМ СТЕНОЗОМ ТРАХЕИ

Кучмаева Т. Б., Филипенко П.С.
Ставропольская государственная медицинская академия

Цель работы – выявить диагностические признаки экспираторного стеноза (ЭС) трахеи и главных бронхов при исследовании функции внешнего дыхания. Обследовано 35 больных с ЭС трахеи и главных бронхов. Функцию внешнего дыхания исследовали на аппарате «ЭТОН» (Россия) до и через 15 минут после ингаляции 1-2 доз β2-агониста фенотерола (беротек). У всех больных до ингаляции беротека было обнаружено нарушение функции

внешнего дыхания по обструктивному типу. При этом преобладало снижение проходимости трахеи и бронхов крупного калибра по сравнению с бронхами среднего и мелкого калибра. Под влиянием беротека у 24 больных (71,4%) произошло улучшение показателей проходимости не только крупных бронхов, но и существенное улучшение показателей проходимости периферических бронхов. Однако, у 11 (28,6%) больных с ЭС после ингаляции беротека обнаружено ухудшение проходимости в крупных бронхах (парадоксальный результат пробы). Вероятно, это связано с тем, что беротек снимает бронхоспазм за счет стимуляции гладкомышечных клеток периферических бронхов, в связи с чем улучшается их проходимость. Следствием этого является усиление потока воздуха, а пролабирующие трахея и крупные бронхи начинают противостоять усилившемуся потоку воздуха. По закону Бернулли это приводит к еще большей инвагинации мембранозной части трахеи и главных бронхов. Наличие зазубренности на начальном отрезке нисходящего колена петли поток – объем являлось облигатным признаком ЭС у 85,7 % больных. Следовательно, нарушение бронхиальной проходимости на уровне трахеи и крупных бронхов, парадоксальный результат пробы с беротеком, наличие зазубренности на начальном отделе кривой поток – объем можно рассматривать как диагностические признаки ЭС трахеи и бронхов.

527. ВЕНТИЛЯЦИОННЫЕ НАРУШЕНИЯ У БОЛЬНЫХ С НЕДИФФЕРЕНЦИРОВАННОЙ ДИСПЛАЗИЕЙ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ

Кучмаева Т. Б., Филипенко П.С.
Ставропольская государственная медицинская академия

Цель работы – выявить зависимость между количеством внешних фенотипических признаков недифференцированной дисплазии соединительной ткани (НДСТ) и степенью вентиляционных нарушений при экспираторном стенозе (ЭС) трахеи. Обследовано 98 больных с ЭС трахеи, имеющих 5 и более внешних фенотипических признаков НДСТ. Больные были разделены на три группы по количеству фенотипических признаков синдрома НДСТ. В первую группу вошел 51 больной, имевший 5-6 признаков; во вторую – 33 больных, имевших 7-8 признаков, третья группа была представлена 14 больными с 9-10 признаками синдрома НДСТ. Функцию внешнего дыхания изучали на спирографе «ЭТОН» (Россия). Нарушения функции внешнего дыхания у 22 больных первой группы и у одного больного второй группы не были выявлены. Нарушения бронхиальной проходимости I степени были у 29 человек первой группы и у 8 человек второй группы. Дыхательная недостаточность (ДН) II степени была у 18 больных второй группы и у 11 – третьей группы. Нарушения бронхиальной проходимости III степени наблюдались у 6 больных второй и у 3 – третьей группы. Третья степень дыхательной недостаточности не была диагностирована ни у одного больного первой группы. Корреляционный анализ зависимости степени выраженности ДН от количества фенотипических признаков НДСТ показал, что у больных с ЭС трахеи и главных бронхов ДН нарастает по мере увеличения количества фенотипических признаков НДСТ. Таким образом, чем больше внешних фенотипических признаков НДСТ выявлено у больного, тем выраженнее нарушения бронхиальной проходимости при исследовании функции внешнего дыхания. Степень выраженности ЭС, являющегося частным проявлением «слабости» соединительной ткани у больных с синдромом НДСТ, зависит от количества фенотипических признаков НДСТ.

528. ДИАГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ БРОНХОФОНОГРАФИИ И ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ БРОНХОЛИТИЧЕСКИХ ТЕСТОВ У ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С ЧАСТЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ

Мельникова И.М.-1, Мизерницкий Ю.Л.-2, Марушков В.И.-1, Павликов А.А.-1
Ярославская государственная медицинская академия-1, Московский НИИ педиатрии и

детской хирургии Росздрава-2

Цель работы: определение дифференциально-диагностического значения бронхофонографии у детей в возрасте от 2 до 7 лет, часто болеющих ОРИ. Все пациенты (131 ребенок) были распределены на 3 группы: А – с частыми ОРИ верхних дыхательных путей, В – с частыми ОРИ нижних дыхательных путей, С – с аллергическими заболеваниями респираторного тракта. В контрольную группу (К) включено 65 практически здоровых детей. Всем обследованным проводилась бронхофонография (в частотных диапазонах от 200 до 12600 Гц) с использованием пакета прикладных компьютерных программ «PatternMAK». Определялась акустическая работа дыхания (АРД) исходно и в динамике бронхолитического теста с сальбутамолом (БТС) (у 50 пациентов). В результате обследования в группе С отмечено повышение АРД в общем частотном спектре (0,2-12,6 кГц) по сравнению с группой К (0,60±0,20>0,24±0,04, нДж; $p<0,05$) и существенное уменьшение этого параметра ($p<0,05$) после БТС. У детей группы В отмечена тенденция к повышению показателей АРД по сравнению с группами А и К ($p>0,05$); после БТС данные величины не изменялись. В группе А показатели АРД не отличались от группы К. Во всех группах выявлена значимая взаимосвязь между показателями АРД и частотой респираторных заболеваний, состоянием кислородзависимого метаболизма нейтрофилов, гуморального звена иммунитета ($p<0,05$). Таким образом, у детей с частыми ОРИ функциональные акустические показатели дыхания имеют специфические особенности в зависимости от характера респираторной патологии. Бронхофонографическая оценка АРД в динамике фармакологического бронхолитического теста (с сальбутамолом) может быть использована в качестве дополнительного критерия диагностики аллергической патологии нижних дыхательных путей у детей в возрасте 2-7 лет.

529. ИССЛЕДОВАНИЕ КАШЛЯ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Кокорева Л. В., Семенкова Г. Г., Селина Т.М.
ВГМА имени Н. Н. Бурденко, Воронеж, Россия

По данным исследования IMPROVEMENT (2000г) кашель у пациентов с хронической сердечной недостаточностью (ХСН) встречается в 45 % случаев и значительно ухудшает качество жизни. Цель: исследовать кашель у больных ХСН методами туссографией (ТГ) и спектральной туссофонобарографией (СТФБГ). Материалы и методы. Наблюдалось 120 больных от 57 до 74 лет с ХСН III-IY ФК на фоне различных форм ИБС, страдающих кашлем. Мониторинг кашля проводили туссографом ИКТ-1. Для временно-частотного анализа звуков кашля использовали СТФБГ, звук кашля после преобразования отражает на дисплее модель в виде трёхмерного графика зависимости амплитуды от времени и частоты. Оба метода разработаны на кафедре внутренних болезней ВГМА. Исследование проводили в 1-й и 14-й дни наблюдения. Результаты. Кашель у больных ХСН чаще сухой, усиливался в положении лёжа преимущественно ночью. Наблюдалась тесная связь между субъективной шкалой кашля и числом кашлевых толчков по данным ТГ($r=0,71$). В1-й день наблюдения число максимальных кашлевых толчков, отражающих силу и эффективность кашля, было минимальным и составило 22(15;25), тогда как на 14-й день их значения возросли до 42(33;52) при $p<0,05$. По данным СТФБГ исходно кашли у большинства больных были двухфазные (I фаза – открытие голосовой щели, II- выход воздуха из лёгких) и низкоамплитудные. Общая продолжительность кашля (Тобщ.) составила 315(267;363) мс. После лечения Т общ. увеличилась до 410(381;501) мс, возросла амплитуда звуков кашля, и регистрировалась III-я фаза (закрытия голосовой щели). Выводы. Разработана звуковая модель кашля больных ХСН. Данные методы

позволили объективизировать кашель и оценить его тяжесть, а выявленные особенности СТФБГ могут отражать патофизиологические изменения в лёгких при ХСН.

530. ВЗАИМОСВЯЗЬ ПАРАМЕТРОВ ФВД И БОЛЕВОГО СИНДРОМА У БОЛЬНЫХ ЖКБ, ПЕРЕНЕСШИХ ЭНДОСКОПИЧЕСКУЮ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИЮ

Яушев М.Ф., Мартынов В.А., Визель А.А., Прокопьева С.Н.
ГОУ ВПО Казанский медицинский университет Росздрава

С целью оценки влияния эндоскопической холецистоэктомии и сопутствующей ХОБЛ на внешнее дыхание больных ЖКБ нами проведена спирометрия, изучение выраженности болевого синдрома по шкалам VAS и FACES, а также тест с 6-минутной ходьбой 160 больных. Мы предположили, что у больных, перенесших хирургическое вмешательство, выполнение функциональных тестов и их результаты могут быть связаны, как с послеоперационным болевым синдромом, так и сопутствующей ХОБЛ. Однако сопутствующая ХОБЛ по данным анамнеза была выявлена только у 10 больных. При поступлении в санаторий болевой синдром в целом по группе имел умеренную выраженность и по шкалам VAS и FACES составил соотв. 2,03±1,17 и 2,0±0,56 баллов. Корреляционный анализ выявил умеренной силы корреляцию выраженности болевого синдрома по шкале VAS с ОФВ1(r=-0,40 (p=0,05)), ПОС (r=-0,46 (p=0,05)), МОС25 (r=-0,46 (p=0,05)), МОС50(r=-0,45 (p=0,05)) и СОС25-75 (r=-0,45 (p=0,05)) и очень слабую корреляцию с общим бронхиальным сопротивлением (r=+0,07 (p=0,05)). Аналогичные результаты получены и по шкале FACES. Анализ взаимосвязи переносимости физической нагрузки и выраженности болевого синдрома выявил умеренной силы отрицательную корреляционную связь (r=-0,386 (p<0,05)). По мере увеличения интенсивности болевого синдрома отмечалось снижение величины дистанции теста с 6-ти минутной ходьбой. В то же время корреляция Rocc и величины дистанции 6-минутного теста не выявлена (r=+0,022; p=77). Таким образом, полученные данные свидетельствуют о том, влияние ХОБЛ на параметры ФД у данной категории больных в целом по группе – минимальны. Основная роль в изменении функционального статуса принадлежит болевому синдрому. Выраженность болевого синдрома влияет только на те функциональные параметры, которые требуют значительных физических усилий.

531. РЕГИОНАРНЫЙ ОТРИЦАТЕЛЬНЫЙ ГИСТЕРЕЗИС ЛЕГКИХ У ЗДОРОВЫХ ЛИЦ

Тетенев Ф.Ф.-1, Бодрова Т.Н.-1, Левченко А.В.-1, Агеева Т.С.-2, Кашута А.Ю.-2, Ларченко В.В.-1
ГОУ ВПО СибГМУ Росздрава, г. Томск - 1, Томский Военно-медицинский институт - 2

Цель: Изучить регионарную механику дыхания у здоровых лиц и определить, имеет ли место у них регионарный отрицательный гистерезис легких.
Материалы и методы: Были обследованы здоровые лица (20 человек) мужского пола, средний возраст 19,78±1,35 лет. У всех исследуемых определяли показатели регионарной механики дыхания в ортостатическом положении тела посредством одновременной регистрации спирограммы, транспульмонального давления, пневмотахограммы и реограмм по 6 зонам легких, и с помощью компьютерной программы производили построение регионарных дыхательных петель.
Результаты: При изучении интегральной механики дыхания ранее было выявлено наличие сдвига фаз между изменением объема легких и ТПД – гистерезис легких, который проявляется в виде дыхательной петли, отражающей затрату работы дыхания по преодолению общего неэластического сопротивления легких. Парадоксальное явление, когда легочной объем изменялся раньше, чем ТПД – извращение дыхательной петли (или

отрицательный гистерезис легких) можно объяснить, учитывая первый закон термодинамики, только наличием внутрилегочного источника механической энергии, осуществляющего инспираторное и экспираторное изменение объема легких помимо действия сил со стороны грудной клетки и диафрагмы. При исследовании регионарной механики дыхания у 20 здоровых лиц феномен извращения регионарной дыхательной петли был обнаружен в 50% случаев.
Заключение: обнаруженный у половины здоровых лиц регионарный отрицательный гистерезис легких свидетельствует о больших функциональных возможностях легких у здоровых.

532. РЕГИОНАРНЫЕ ПРОЯВЛЕНИЯ МЕХАНИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ ЛЕГКИХ У ЗДОРОВЫХ ЛИЦ И ПРИ ПАТОЛОГИИ БРОНХОЛЕГОЧНОЙ СИСТЕМЫ

Тетенев Ф.Ф.-1, Левченко А.В.-1, Агеева Т.С.-2, Кашута А.Ю.-2, Ларченко В.В.-1, Даниленко В.Ю.-2
ГОУ ВПО СибГМУ Росздрава, г. Томск, - 1, Томский Военно-медицинский институт - 2

Цель: Изучить регионарную механику дыхания для выявления извращения дыхательной петли по регионам легких у здоровых лиц, пациентов внебольничной пневмонией и хронической обструктивной болезнью легких.
Материалы и методы: Были обследованы здоровые лица (25 человек, средний возраст 19,78±1,35 лет); пациенты внебольничной пневмонией в остром периоде заболевания (31 человек, средний возраст 40,76±2,23 года) и хронической обструктивной болезнью легких в стадии обострения (26 человек, средний возраст 43,93±3,03 года). У всех исследуемых определяли показатели регионарной механики дыхания в ортостатическом положении тела посредством одновременной регистрации спирограммы, транспульмонального давления, пневмотахограммы и реограмм по 6 зонам легких, и с помощью компьютерной программы производили построение регионарных дыхательных петель. Извращение дыхательной петли (отрицательный гистерезис легких) – парадоксальное явление, когда легочной объем изменяется раньше, чем транспульмональное давление. Согласно первому закону термодинамики такое возможно лишь в случае действия внутрилегочного источника механической энергии, осуществляющего инспираторное и экспираторное изменение объема легких помимо действия сил со стороны грудной клетки и диафрагмы.
Результаты: Феномен извращения регионарной дыхательной петли был зарегистрирован у 50% здоровых лиц, 29% пациентов внебольничной пневмонией и 23,8% пациентов хронической обструктивной болезнью легких. Заключение: Значительное уменьшение регистрации отрицательного регионарного гистерезиса у пациентов с патологией бронхолегочной системы, по сравнению со здоровыми лицами, вероятно, свидетельствует о снижении функциональных возможностей легких.

533. ИССЛЕДОВАНИЕ ЗВУКОВ ФОРСИРОВАННОГО ВЫДОХА У БОЛЬНЫХ ХОБЛ С ПОМОЩЬЮ СПЕКТРАЛЬНОЙ ТУССОФОНОБАРОГРАФИИ

Семенкова Г.Г.-1, Стасюк О. Н.-1, Павлидина Е.Д.-2, Зайцева Т.И.-2
1 - ВГМА им. Н.Н.Бурденко,2 - пульмонологическое отделение ГКБ СМП № 1 г.Воронежа, Россия

Цель: исследовать звуки форсированных выдохов (ФВ) у больных ХОБЛ и сравнить их с показателями здоровых людей. Материал и методы. В исследование были включены 17 больных (8 мужчин и 9 женщин) с тяжёлым течением ХОБЛ, которые находились на стационарном лечении в пульмонологическом отделении ГКБ СМП № 1 г. Воронежа. Средний возраст пациентов 56,3 ± 12,6 лет. Контрольную группу составили 17 здоровых лиц рандомизированных по полу и возрасту. Диагноз ХОБЛ ставился с применением стандартных методов исследования: рентгенографии органов грудной клетки, анализа

мокроты и т.д. Динамику показателей ОФВ1 и ПСВ осуществляли с помощью портативного пикфлоуметра (Piko-1). Исследование звуков ФВ проводили с помощью спектральной туссофонобарографии (СТФБГ) при поступлении и выписке, до беродуала и после. Результаты. Временно-частотные параметры звуков выдоха у больных ХОБЛ и здоровых лиц существенно отличались. У больных средняя продолжительность выдоха (Т) составляла 3,06 ± 1,61 с, у здоровых - 0,42 ± 0,08 с; максимальная частота звука (Fmax) – 5,06 ± 1,61 Гц, в контрольной группе - 1215,53 ± 421,44 Гц; срединная частота (F50) – 1731,53 ± 277,27 Гц, у здоровых - 1731,53 ± 277,27 Гц; частота, на которую приходится 90 % энергии звуков (F90) – 3287,00 ± 196,71 Гц, в контрольной группе - 3775,00 ± 866,50 Гц и коэффициент q – 0,31 ± 0,04 у здоровых - 0,21 ± 0,08. Также выявлены достоверные различия временно-частотных параметров звуков ФВ у больных ХОБЛ до беродуала и после. Выводы. СТФБГ может быть использована для диагностики бронхиальной обструкции. Метод СТФБГ требует дальнейших разработок.

534. АКУСТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ЗВУКОВ В ДИАГНОСТИКЕ ОБСТРУКТИВНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Гусейнов А. А.
Дагмедакадемия, Махачкала

Цель исследования: изучение паттернов дыхания больных обструктивными заболеваниями легких. Материал и методы: с помощью компьютерно-диагностического комплекса "Паттерн" (КДК) проведено сканирование респираторного цикла - бронхофонография (БФГ) 166 больным хронической обструктивной болезнью легких и бронхиальной астмой. У всех больных при выполнении спирометрии выявлены обструктивные нарушения легочной вентиляции. Контрольную группу составили 108 здоровых лиц. Всего проанализировано более 1300 бронхофонореспирограмм, отражающих временные и частотные характеристики дыхательных звуков. Оценивались показатели акустического эквивалента работы дыхания (АРД) в различных частотных диапазонах: "базовом" - АРД0 (200-1200гц), "общем" - АРД1 (1200-12600гц), "высокочастотном" - АРД2 (5000-12600гц), "низкочастотном" - АРД3 (1200-5000гц), а также коэффициенты К1, К2, К3, отражающие те же параметры в соответствующих диапазонах, но в относительных единицах. При статистической обработке материалов применяли непараметрические критерии, так как распределение показателей АРД отличалось от нормального. Статистическую значимость различия показателей АРД и К между группами оценивали по критерию Манна-Уитни. Результаты: получены достоверные различия показателей АРД1, АРД3, К1, К3 в исследуемых группах. Выводы: метод БФГ позволяет получить объективные оценочные параметры дыхательных звуков у больных с обструктивными нарушениями легочной вентиляции, что может быть использовано в диагностики обструктивных заболеваний легких.

535. ЗНАЧЕНИЕ СОПОСТАВЛЕНИЯ РЕЗУЛЬТАТОВ ВЕЛОЭРГОМЕТРИИ, КАРДИОИНТЕРВАЛОМЕТРИИ И КЛИНООРТОСТАТИЧЕСКОЙ ПРОБЫ.

Жукова Е.Р., Кибрик Б.С., Евфимьевский В.П.
Областной противотуберкулезный диспансер, г. Ярославль

С целью определения сопоставимости данных методов функционального исследования проведены велоэргометрия (ВЭМ), кардиоинтервалометрия (КИМ) и клиноортостатическая проба (КОП) у 97 больных с различными формами туберкулеза до и после резекции легких. В результате обследования до операции при ВЭМ у 57 человек выявлено снижение толерантности к физической нагрузке, у 3 - коронарная недостаточность, у 5 - экстрасистолия. При проведении КИМ у данной группы больных симпатикотонический тип вегетативного тонуса сердца (ВТ) отмечен в 73%,

гиперсимпатикотоническая вегетативная реактивность (ВР) при изменении положения тела – в 95% случаев. До хирургического вмешательства дисфункция вегетативной нервной (ВНС) системы выявлена у 65% пациентов. После резекции легких происходит активация симпатического отдела ВНС, особенно при наличии осложнений в послеоперационном периоде. Симпатикотония наблюдается у 58 человек, гиперсимпатикотоническая ВР у 75. ВЭМ, КИМ и КОП дают возможность оценить компенсаторные возможности сердечно-сосудистой системы, вегетативный тонус сердца и его вегетативную реактивность. Применение данных методов при комплексном функциональном исследовании увеличивает объем информации о состоянии пациента до операции и послеоперационном периоде, позволяет диагностировать изменения со стороны сердца до хирургического вмешательства и провести коррекцию ВТ и ВР с целью снижения дисфункции ВНС и возможных послеоперационных осложнений.

536. ВЫРАЖЕННОСТЬ НАРУШЕНИЙ ВЕНТИЛЯЦИИ ЛЕГКИХ ПРИ САРКОИДОЗЕ

Жукова Е.Р., Кибрик Б.С., Евфимьевский В.П.
Областной противотуберкулезный диспансер, г. Ярославль

С целью определения зависимости характера и выраженности нарушений вентиляции легких обследовано 56 больных с различными формами саркоидоза органов дыхания. Проведено исследование функции внешнего дыхания (ФВД) с регистрацией кривой поток-объем форсированного выдоха и пробы с бронхолитиками. При саркоидозе внутригрудных лимфатических узлов обструктивный компонент нарушения вентиляции выявлен в 21% случаев с преобладанием умеренных изменений бронхиальной проходимости. При поражении ткани легких присоединяется рестриктивный компонент и нарастают обструктивные проявления. Нарушения функции внешнего дыхания отмечаются у 43% пациентов, увеличивается степень их выраженности. При неблагоприятном течении саркоидоза, его прогрессировании происходит снижение функциональных показателей. Пробы с бронхолитиками при активных процессах в 87% положительные и указывают на обратимость изменений в легких. Данные результатов функционального исследования являются дополнительным критерием назначения гормональной терапии. Выраженность изменений ФВД взаимосвязана с рентгенологической картиной проявления саркоидоза, но не всегда полностью ей соответствует. При назначении лечения необходимо учитывать функциональные показатели. Результаты исследования ФВД способствуют определению активности процесса, позволяют оценить эффективность лечебных мероприятий и дают возможность назначить адекватную бронхолитическую терапию. Комплекс лечебно-диагностических мероприятий при саркоидозе должен обязательно включать мониторинг функциональных показателей состояния дыхательной системы.

537. МОНИТОРИНГ ОБРАТИМОСТИ БРОНХООБСТРУКЦИИ В ЛЕЧЕНИИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ДЕТЕЙ

Мещеряков В. В. - 1, Титова Е. Л. - 2
Сургутский государственный университет - 1, ООО "ПАРИ синергия в медицине" - 2

Цель: исследовать значение мониторинга обратимости бронхообструкции (ОБО) в определении показаний для отмены бронхолитика и перевода на противовоспалительную монотерапию. Материал и методы: одной из наиболее важных задач лечения детей с БА является определение показаний для отмены бронхолитика и перевода больного на противовоспалительную монотерапию. Таковым считаются отсутствие симптомов заболевания и нормальные показатели пиковой скорости выдоха (ПСВ) в течение не менее 3-х месяцев. Это не отражает индивидуальных особенностей каждого случая заболевания.

Для объективизации таких показаний исследована возможность пикфлоуметрического мониторинга ОБО на примере 31 ребёнка 6-15 лет со средне-тяжёлой БА. Определение ПСВ проводилось ежедневно утром и вечером до и через 20 минут после ингаляции бронхолитика, начиная с периода обострения. Результаты: у части пациентов в разные сроки после назначения комбинированной терапии регистрируется отсутствие ОБО (прирост ПСВ менее 15%) на фоне нормализации исходной ПСВ, как у здоровых и детей с лёгкой БА вне обострения. У других пациентов стабильно сохранялись низкая исходная ПСВ и прирост ПСВ после ингаляции бронхолитика был более 15%. Результаты мониторинга ОБО в первой группе пациентов считали показанием для отмены бронхолитика и перевода на противовоспалительную монотерапию. Наличие ОБО на фоне низких исходных показателей ПСВ свидетельствовали о необходимости продолжения комбинированной терапии. Эмпирически определена длительность комбинированной терапии с момента отсутствия ОБО при нормальной исходной ПСВ – 1 месяц. Получен патент на изобретение № 2161907. Заключение: пикфлоуметрический мониторинг ОБО позволяет объективизировать показания для отмены бронхолитика и перевода на противовоспалительную монотерапию.

538. МОНИТОРИНГ ОБРАТИМОСТИ БРОНХООБСТРУКЦИИ И ТЯЖЕСТЬ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ДЕТЕЙ

Мещеряков В.В. - 1, Титова Е.Л. - 2
Сургутский государственный университет - 1, ООО "ПАРИ синергия в медицине" - 2

Цель работы: Объективизация диагностики степени тяжести бронхиальной астмы (БА) у детей на основе пикфлоуметрического мониторинга обратимости бронхиальной обструкции. Материал и методы: Недостатком существующих функциональных критериев степени тяжести БА является недостаточный учёт значимости степени обратимости бронхиальной обструкции (ОБО) в периоде ремиссии. ОБО определяется в основном при обострении БА для диагностики его тяжести, а не течения БА в целом, подбора наиболее эффективного бронхолитика и наличия ОБО или отсутствия таковой (дифференциальная диагностика ХОБЛ и БА). Определение ОБО проводится как разовое исследование и не исключает случайных погрешностей. Не исследованы возможности определения ОБО в ремиссии. 75-ти детям с БА 6-15 лет проводилась пикфлоуметрия утром и вечером до и после ингаляции заранее подобранного наиболее эффективного бронхолитика. Всем пациентам исследование начиналось в периоде обострения и завершалось в ремиссии заболевания. Продолжительность наблюдения составила в среднем 6 месяцев. Результаты: Мониторинг ОБО по данным ежедневной пикфлоуметрии позволил установить 3 типа установившихся в периоде ремиссии кривых, которые логично связать с тяжестью течения заболевания. 1-й тип (лёгкие формы БА): нормальные (более 80% от нормы) исходные показатели ПСВ и отсутствие ОБО (прирост ПСВ не более 15%). 2-й тип (средне-тяжёлая БА): низкие исходные значения ПСВ (менее 80% от нормы) и достаточная ОБО (прирост ПСВ более 15%). 3-й тип кривых (тяжёлое течение БА): низкие исходные показатели ПСВ и отсутствие ОБО (прирост ПСВ менее 15%). Получена приоритетная справка на изобретение (№ 2006139106/042647 от 07.11.2006). Заключение: пикфлоуметрический мониторинг ОБО является одним из объективных методов для комплексной оценки степени тяжести БА.

Сердечно-сосудистая система и заболевания органов дыхания

539. ДИАГНОСТИКА ГЕМОДИНАМИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ ПРИ НАЛИЧИИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Шойхет Я.Н - 1, Клестер Е.Б. - 1, Головин В.А. – 2, Крячкова Т.В. – 2, Меркулова О.А. – 3.

Алтайский государственный медицинский университет, Барнаул – 1, Госпиталь Ветеранов Воин, Барнаул – 2, Городская больница № 5, Барнаул – 3.

Цель работы: изучить функциональное состояние левого и правого желудочков и легочную гемодинамику у больных ХОБЛ при наличии хронической сердечной недостаточности (ХСН). Материалы и методы: Обследование включало эходопплеркардиографию и исследование ФВД у 498 б-х ХОБЛ (I группа) и 721 б-х при сочетании ХОБЛ и ИБС (II группа). Критерием включения являлось наличие ХСН. Мужчины - 82 – 84%. Средний возраст в I группе – 67,1±0,57 лет, во II – 77,3±0,23 ($p<0,05$). В I группы треть - пациенты легкой степени тяжести течения ХОБЛ, во II средняя степень тяжести у 42,4% ($p<0,05$). ХСН I функционального класса (ФК) выявлено у 97 б-х I группы, II – у 163, III – у 123, IV – у 115. Во II группе I ФК был диагностирован у 55 б-х, II – у 138, III – у 333, IV – у 195 б-х. Результаты: Увеличение ММЛЖ и ИММЛЖ выявлено у 206 (41,4%) пациентов I группы, 362 (50,2%) – II группы, при этом концентрическая гипертрофия ЛЖ, чаще выявлялась во II группе - у 222 (29,3%) б-х ($p<0,05$). Систолическая дисфункция была выявлена у 147 (29,5%) б-х I группы и у 252 (35,0%) больных II группы ($p<0,05$). Во II группе б-х наблюдалось увеличение толщины стенки ПЖ (0,61 ±0,09 см) по сравнению с I (0,51±0,11 см; $p<0,001$). При исследовании кровотока в выносящем тракте ПЖ показано, что в группе больных II группы наблюдалось снижение времени ускорения потока АТ (125,6±1,8 мс) по отношению к I (134,7±2,0 мс; $p<0,05$), увеличение времени выброса из ПЖ в легочную артерию (379,4±2,2 мс) в сравнении с I группой (367,1±2,7 мс; $p<0,01$), а также уменьшение отношения АТ/ЕТ (0,330±0,001). Повышение СрДЛА составило в I группе - 24,7±0,41 мм рт.ст, во II – 30,0±0,27 мм рт.ст. Таким образом, у больных ХОБЛ при наличии ХСН наблюдается ремоделирования ЛЖ и ПЖ, особенно при сочетанной патологии, наряду с увеличением СрДЛА.

540. НАРУШЕНИЯ РИТМА СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ ПО РЕЗУЛЬТАТАМ СУТОЧНОГО МОНИТОРИРОВАНИЯ ЭКГ

Шойхет Я.Н - 1, Клестер Е.Б. - 1, Головин В.А. – 2, Крячкова Т.В. – 2.
Алтайский государственный медицинский университет, Барнаул - 1, Госпиталь ветеранов войн, Барнаул - 2

Цель: изучить особенности нарушения ритма у больных ХОБЛ, в том числе при сочетании с ИБС по результатам суточного мониторирования ЭКГ. Материалы и методы: Клиническое обследование помимо общепринятого включало суточное мониторирование ЭГК по Холтеру у 72 б-х ХОБЛ (I группа) и 77 б-х при сочетании ХОБЛ и ИБС (II группа) и 70 б-х ИБС (III группа) за 5-летний период. Из числа обследованных мужчины составляли 84-87%, различия между группами были мало существенны. Средний возраст пациентов I группы – 61,5±0,8 лет, II – 72,2±0,3, III – 71,5±0,3. Среди пациентов I группы 45,1% составляли пациенты легкой степени тяжести течения ХОБЛ, в то время как при II у 44,6% - средняя степень тяжести ($p<0,05$). При анализе тяжелой и крайне тяжелой ХОБЛ различий по группам выявить не удалось. Результаты: В I группе чаще диагностированы наджелудочковые нарушения ритма (НЖР) - в 50,0% случаев, желудочковые – 18,1% случаев, сочетанные нарушения ритма – в 29,2% случаев, чаще - суправентрикулярные аритмии малых градаций. Нарушения сердечного ритма фиксировались как в дневное, так и в ночное время, чаще протекали бессимптомно. Во II группе НЖР регистрировались в 10,4 % случаев, желудочковые – в 32,5% случаев, преобладали сочетанные нарушения ритма – в 45,5% случаев. У б-х ИБС доминирующими оказались желудочковые аритмии (48,6%) и мерцательная аритмия. Во II группе наблюдалось увеличение суточного

количества экстрасистол по сравнению с пациентами I и III групп. У 50 (64,9%) пациентов II группы и 48 (68,6%) III гр. выявлены изменения на ЭКГ ишемического характера. Заключение: наши данные свидетельствуют о преобладании НЖР у больных ХОБЛ, при наличии сопутствующей ИБС наиболее часто выявляются сочетанные нарушения ритма, желудочковые нарушения ритма чаще обнаруживались в группе больных ИБС.

541. ДИАСТОЛИЧЕСКАЯ ДИСФУНКЦИЯ МИОКАРДА У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ ПРИ НАЛИЧИИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Шойхет Я.Н - 1, Клестер Е.Б. - 1, Головин В.А. – 2, Крячкова Т.В. – 2, Меркулова О.А. – 3.
Алтайский государственный медицинский университет, Барнаул – 1, Госпиталь Ветеранов Воин, Барнаул – 2, Городская больница № 5, Барнаул – 3.

Цель работы: оценить диастолическую дисфункцию (ДД) миокарда левого и правого желудочков у больных ХОБЛ при наличии хронической сердечной недостаточности (ХСН). Материалы и методы: Клиническое обследование включало эходопплеркардиограяфию и исследование ФВД у 154 б-х ХОБЛ (I группа) и 178 б-х при сочетании ХОБЛ и ИБС (II группа). Критерием включения являлось наличие ХСН. Большинство (81-85%) составляли мужчины. Средний возраст пациентов I группы – 66,1±0,6 лет, II – 75,3±0,2 ($p<0,05$). В I группы около трети - пациенты легкой степени тяжести течения ХОБЛ, во II преобладала средняя степень тяжести. ХСН I стадии выявлена у 48 б-х I группы, II А – у 71, III– у 35. Во II группе I стадия была диагностирована у 39 б-х, II А – у 92, III – у 47 б-х.
Результаты: Нарушение ДД ПЖ выявленное у 128 (83,1%) больных I группа, у большинства характеризовалось I типом ДД, II тип выявлен у 16 (10,4%) б-х. Во II группе ДД ПЖ диагностирована у 162 (91,0%) больных: I типа – у 112 (62,9%), II типа – у 32 (18,0%), III типа – у 18 (10,1%). У 37 (24,0%) больных I группы был определен I тип ДД ЛЖ, у 23 (14,9%) – по II, рестриктивный тип - у 12 (7,8%) б-х. При оценке ДД ЛЖ во II группе у 82 (46,1%) отмечалось нарушение по I типу, у 43 (24,2%) пациентов – по второму (псевдонормальному) типу, у 27 (15,2%) - выявлялся третий вариант спектра трансмитрального кровотока. Таким образом, диастолическая дисфункция ПЖ и ЛЖ выявляется у больных наблюдаемых групп, при этом рестриктивный тип ДД статистически значимо чаще выявляется при наличии сочетанной патологии.

542. ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ КОРАКСАНА У БОЛЬНЫХ С СОЧЕТАНИЕМ ХОБЛ И ИБС

Королькова О. М., Шанин В. А., Третьякова Т. Д., Костина Н. Э.
ВГМА им. Н. Н. Бурденко, ОКБ № 1, Воронеж

Материалы и методы исследования: 10-ти больным с диагнозом ХОБЛ 2-3 степени и верифицированной ИБС с клиническими проявлениями стенокардии (средний возраст 49,7 лет, индекс курильщика – 14,2) на фоне базисной терапии (пролонгированные бронхолитики, ИГКС, беродуал, нитраты) был назначен селективный ингибитор If - каналов – кораксан в дозе 10 – 15 мг/сутки (группа № 1). Противопоказанием к назначению кораксана являлось наличие мерцательной аритмии, желудочковая экстрасистолия 2 – 3 ФК по Лауну, атриовентрикулярная блокада 2 – 3 степени. Контрольную группу составили 10 больных с ХОБЛ и ИБС, получавшие только базисную терапию ХОБЛ и пролонгированные нитраты (группа № 2). Длительность исследования составила 2 месяца. Эффективность терапии контролировалась через 14 дней, 21 день, в конце 2-ого месяца приема. Оценивались: переносимость препарата, частота приступов стенокардии, уровень ЧСС, показатели ОФВ1, холтеровского мониторирования.
Результаты. Все больные отметили хорошую переносимость кораксана и продолжили

исследование до намеченного срока. В 1-ой группе к 21 дню отмечалось более значимое снижение количества приступов стенокардии, по сравнению со 2-ой группой. Снижение уровня ЧСС в группе кораксана к 21 дню составило 10,2 удара в минуту; во 2-ой группе – 4,3 удара в минуту. Анализ холтеровского мониторирования выявил достоверное снижение количества эпизодов сегмента ST по сравнению со 2 – ой группой. Значимого различия в динамике ОФВ1 в группах не отмечено. Выводы. Применение кораксана возможно у больных с сочетанием ХОБЛ и ИБС. Кораскан не имеет отрицательного влияния на уровень бронхиальной проводимости, достоверно снижает уровень ЧСС.

543. ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ИВАБРАДИНА ("КОРАКСАН") У БОЛЬНЫХ ХОБЛ В СОЧЕТАНИИ С ИБС В СТАРШЕЙ ВОЗРАСТНОЙ ГРУППЕ

Бессонова Л. О.1,2,Верлан Н.В.-1,Волчкова Н.А.-2,Тетерина А.С.-2, Новоселова Т.В.-2
Иркутский ГИДУВ-1, Госпиталь ветеранов войн-2

Цель: Целью настоящего исследования было проанализировать клинико-фармакологические аспекты применения ивабрадина ("кораксан") у пациентов, страдающих хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ), в сочетании с ишемической болезнью сердца (ИБС). Материалы и методы: Дизайн – проспективное исследование применения препарата «ИВАБРАДИН» («КОРАКСАН») у пациентов старше 75 лет, страдающих ХОБЛ и ИБС с целью контроля ЧСС при синусовой тахикардии. Использовались данные традиционного клинического обследования, постбронходилатационная спирометрия, пикфлоуметрия, стандартная ЭКГ и холеровское мониторирование ЭКГ и АД, эхокардиография. Результаты: проанализировано 6 случаев назначения ивабрадина во 2 терапевтическом отделении ГВВ. Из них 3 мужчин, 3 женщины. Кораксан назначался на фоне приема стандартной базисной терапии ХОБЛ и ИБС с ритмоурежающей целью при невозможности использования других антиаритмических препаратов (нормо-, гипотония и бронхообструктивный синдром). Препарат назначен в начальной дозе 2,5мг 2 раза в сутки с последующим повышением дозы до 10мг с день. Во всех случаях регуляция ритма достигнута в среднем на 10 сутки без необходимости увеличения дозы до 15 мг/сутки. В течение 21 дня госпитализации и при повторных визитах через 14 дней побочных явлений по течению ХОБЛ (стабильные спирометрические показатели) и со стороны других органов и систем (зрение, уровень АД, нарушения ритма и проводимости) отмечено не было. Выводы: в гериатрической практике с целью контроля синусовой тахикардии у пациентов с сочетанной патологией бронхолегочной и сердечнососудистой системы применение ивабрадина («Кораксан») является рациональным, эффективным и безопасным.

544. ОПРЕДЕЛЕНИЕ УРОВНЯ КОРТИЗОЛА У БОЛЬНЫХ С СОЧЕТАННОЙ ПАТОЛОГИЕЙ ДЫХАТЕЛЬНОЙ И СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМ

Шустов С.Б., Харитонов М.А., Сорокина Ю.С.
Военно-медицинская академия, Санкт-Петербург

Цель: определение уровня кортизола у пациентов с хроническими обструктивными заболеваниями легких (ХОЗЛ) с выявленной у них в ходе обследования ишемической болезни сердца (ИБС) в сравнении с больными ИБС без сопутствующей патологии.Всего было обследовано 45 больных ХОЗЛ с выявленной ИБС в результате комплексного обследования сердечно-сосудистой системы, включающего перфузионную сцинтиграфию миокарда, средний возраст которых составил 60,2 ± 8,7 лет. В структуре обследованных больных ХОЗЛ 32% составили больные бронхиальной астмой (БА), 13% - больные хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ), 55% - больные с сочетанием БА и ХОБЛ. Группой сравнения являлись 15 больных с ИБС, верифицированной современными методами диагностики, средний возраст которых составил 60,4 ± 9,1 лет. Обследуемым

больным в утренние часы выполнялся забор крови для определения уровня кортизола в сыворотке радиоиммунологическим методом. Результаты: установлено, что нормальный уровень кортизола крови наблюдался только у 13% больных ХОЗЛ с ИБС, а у всех остальных больных (87%) был выявлен достоверно сниженный уровень кортизола. В группе сравнения у больных ИБС, наоборот, у 85% больных были нормальные показатели кортизола крови. Заключение: по всей вероятности, выявленная нами гипокортизолемия является неблагоприятным фоном для развития ИБС у больных ХОЗЛ в виде ее особых форм (атипичная стенокардия, аритмический вариант, безболевая ишемия миокарда) за счет специфического влияния на процессы атерогенеза. Дальнейшее изучение полного гормонального спектра у больных с сочетанной патологией органов дыхания и сердечно-сосудистой системы позволит выявить новые стороны патогенеза как собственно легочной патологии, так и ишемической болезни сердца.

545. ИНФАРКТ МИОКАРДА, РАЗВИВШИЙСЯ В СТАЦИОНАРЕ НА ФОНЕ РЕСПИРАТОРНОЙ ПАТОЛОГИИ

Овсянников В. В., Шепеленко А. Ф., Коповая Н. Ю., Кулагина И. Ц., Антипушина Д. Н.
Главный военный клинический госпиталь им. акад. Н.Н.Бурденко

Цель: Изучение особенностей инфаркта миокарда (ИМ), развившегося среди больных пульмонологических отделений многопрофильного госпиталя. ИМ считался внутригоспитальным (ВГИМ), если он развивался спустя более чем 24 часа после поступления больного в стационар. Диагноз устанавливался согласно критериям ВОЗ (1981). Методы исследования: Обследовано 29 мужчин с заболеваниями респираторной системы (РС), лечившихся стационарно в 1993-2003 гг., у которых диагностирован ВГИМ. Это количество составило 0,39% от всех госпитализированных больных с болезнями РС в этот период. Средний возраст был 72,8±8,5 года (от 52 до 86 лет). Первичный ВГИМ наблюдался у 9, повторный – у 20 чел. Сердечная недостаточность наблюдалась у всех, стенокардия напряжения – у 27 (93%) пациентов. >Результаты: Факторами, провоцировавшими ВГИМ у 22 (75,8%) пациентов были острые или обострения хронических заболеваний РС (острая пневмония – 10 чел., бронхиальная астма – 5 чел., ХОБЛ – 4 чел., ОРВИ – 4 чел.); у 1 (3,5%) – выполнение бронхоскопии. У 5 пациентов (17,2%) провоцирующих факторов не выявлено. По клинической форме дебюта 11 больных с ВГИМ (37,9%) перенесли типичную (ангинозную), 18 (62,1%) – атипичные формы начала заболевания. Из 29 больных с ИМ, развившимся в пульмонологических отделениях умерло 13 (44,8%). Заключение: ВГИМ осложняет течение заболеваний РС у 0,39% пациентов. В 62% случаев он дебютирует атипично, что создает трудности в диагностике, и приводит к смерти в 41,4% случаев. Высокая летальность обусловлена более тяжелым течением ИМ, развившегося в стационаре у пожилых больных. Основным фактором, способствовавшим возникновению ИМ в отделениях пульмонологии, в 75,8% случаев были острые или обострения хронических заболеваний РС на фоне выраженной сопутствующей кардиальной патологии.

546. ЛЕГОЧНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ И ЭНДОТЕЛИАЛЬНАЯ ДИСФУНКЦИЯ ПРИ ХОБЛ В ВОЗРАСТНОМ АСПЕКТЕ.

Прибылов С.А., Прибылова Н.Н., Швец Е.В., Алиуллин Р.А., Гайсинская М.В.
Курский Государственный медицинский университет

Цель исследования: оценить выраженность легочной гипертензии и эндотелиальной дисфункции у больных ХОБЛ III ст. в возрастном аспекте. Материалы и методы: У 105 больных ХОБЛ III ст. (40 пациентов в возрасте до 50 лет, 30 больных от 50 до 59 лет и 35 старше 60 лет) выполнена сравнительная эхокардиография с расчетом давления в легочной артерии, изучена функция эндотелия по функциональным пробам (Celermajer и

соавт., 1992) и определяли уровень эндотелина-1 в плазме (набор Biomedica). Результаты: У 35 больных ХОБЛ III ст. пожилого возраста после 60 лет значительно нарушается глобальная систолическая и диастолическая функция правого и левого желудочков сердца с развитием высокой легочной гипертензии (СрДЛА 35,4±2,4 мм.рт.ст.), в группе 30 больных 50-59 лет (СрДЛА 31,9±2,7 мм.рт.ст.), у больных в возрасте 45-49 лет СрДЛА составило 19,5±1,4 мм.рт.ст. Сравнительные параметры гемодинамики МКК у больных ХОБЛ IIIст. с ДН II ст. в возрастном аспекте тесно коррелировали со степенью эндотелиальной дисфункции. Так, у пожилых (после 60 лет) пациентов с ХОБЛ III ст. зарегистрирована ЭД 3ст.-4ст. недостаточная вазодилатация плечевой артерии у 62% и 48% постокклюзионная вазоконстрикция с элевацией эндотелина в 8-10 раз (1,65±0,03 фмоль/л по сравнению с 0,1± 0,01 фмоль/л у больных в возрасте до 50 лет). Таким образом, можно констатировать, что у больных ХОБЛ III-IV ст. в пожилом возрасте с ростом степени ЛГ, ХСН наблюдается более выраженная эндотелиальная дисфункция, что диктует необходимость одновременной коррекции ЛГ, диастолической дисфункции сердца и эндотелиальной дисфункции.

547. ЭНДОТЕЛИАЛЬНАЯ ДИСФУНКЦИЯ И ЕЕ КОРРЕКЦИЯ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ЛЕГОЧНЫМ СЕРДЦЕМ

Прибылов С.А., Прибылова Н.Н., Панфилов В.И., Алиуллин Р.А.
Курский Государственный медицинский университет

Цель исследования: оценить выраженность легочной гипертензии и исследовать функции эндотелия и уровня эндотелина-1 в плазме при ХОБЛ III-IV ст. с хроническим легочным сердцем (76 пациентов). Материалы и методы: Эходопплеркардиографически исследовалась внутрисердечная гемодинамика с расчетом систолического (СДЛА), среднего давления (СрДЛА) в легочной артерии, определяли уровень эндотелина-1 иммуноферментным анализом, степень вазомоторной реакции плечевой артерии по Celermajer и соавт. Результаты: Зарегистрирована диастолическая дисфункция правого и левого желудочков сердца с ростом СрДЛА до 34,1±7,2 в группе больных ХОБЛ III (n=40) и до 49,8±4,4 м.рт.ст. СрДЛА при ХОБЛ IV ст. (36 пациентов). У больных ХОБЛ имеет место нарушение эндотелиальной функции при тяжелом течении ХОБЛ с высокой легочной гипертензией и стажем курения более 20 лет (эндотелин-1 2,4±0,01 фмоль/л, а у больных ХОБЛ III ст. 1,65±0,01). Вазоконстрикторная реакция плечевой артерии преобладала у 46% пациентов и у 64% недостаточная вазодилатация при ХОБЛ IV ст., при ХОБЛ III ст. у 27% больных регистрировалась вазоконстрикторная реакция и у 26% недостаточная вазодилатация. Обобщая вышеперечисленное, можно констатировать, что у больных ХОБЛ III-IV ст. выраженность эндотелиальной дисфункции и уровни эндотелина-1 в плазме увеличиваются параллельно степени легочной гипертензии.

548. НАРУШЕНИЯ СЕРДЕЧНОГО РИТМА И ПРОВОДИМОСТИ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ

Шепеленко А. Ф., Мешков А.В., Шепеленко Н.Д.
ГВКГ им. Н.Н. Бурденко, 9 ЛДЦ МО РФ, Москва, 3 ЦВКГ им. А.В. Вишневского, Красногорск

По данным ряда авторов, сочетание ИБС и ХОБЛ превышает 60% у пациентов старших возрастных групп. При этом обострение ХОБЛ является фактором риска развития острых коронарных событий. Цель: изучение частоты и структуры нарушений сердечного ритма и проводимости у больных ХОБЛ различных стадий, госпитализированных по поводу обострения основного заболевания в интересах оптимизации дифференцированной диагностической, терапевтической и организационной тактики их ведения в условиях пульмонологического стационара многопрофильного госпиталя. Методом сплошной

выборки в 2006 г. в пульмонологических отделениях 3 ЦВКГ им. А.В.Вишневского отобраны и обследованы 74 больных, госпитализированных по поводу обострения ХОБЛ I-III стадий. Средний возраст пациентов составил 67,9±7,7 лет. Наряду со стандартным обследованием, всем больным выполнено суточное ЭКГ-мониторирование по Холтеру. У 35,1% пациентов были выявлены нарушения ритма сердца и проводимости, в том числе: постоянная форма фибрилляции предсердий у 2,7% больных, пароксизмальная форма фибрилляции предсердий у 8,1% пациентов, пароксизмальная форма трепетания предсердий – в 2,7%, частая желудочковая экстрасистолия у 13,5% больных, в 5,4% наблюдений выявлена АВ блокада первой степени и у 2,7% пациентов диагностирован синдром слабости синусового узла, по поводу чего был имплантирован искусственный водитель ритма. Вывод: более чем у трети больных, госпитализированных с обострением ХОБЛ, выявляются нарушения сердечного ритма и проводимости, обусловленные как основным заболеванием, так и сочетанной кардиологической нозологией. В связи с этим необходима разработка новых принципов комплексного лечебно-диагностического обеспечения данной категории пациентов в условиях пульмонологического стационара крупного лечебного учреждения.

Хирургия

549. ПРОФИЛАКТИКА ОДОНТОГЕННОГО МЕДИАСТИНИТА

Цеймах Е.А., Тулупов В.А., Языков В.А., Меликсетян Т.Д.
Алтайский государственный медицинский университет, г. Барнаул

В комплексном лечении глубоких одонтогенных флегмон шеи применена катетеризация поверхностной височной артерии с локальным введением ингибиторов протеиназ и антибиотиков. У 132 больных проведено лечение по общепринятой методике (1 -я группа), у 42 дополнительно выполнена катетеризация поверхностной височной артерии (2 - я группа). Разработана схема локального применения антибиотиков и ингибиторов протеиназ у больных с флегмонами шеи. Регионарное введение антибиотиков и ингибиторов протеиназ способствует отграничению и более раннему купированию воспалительного процесса, снижает частоту возникновения острого медиастинита в 4,8 раза.

550. ПРОГРАММА ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОЙ ЭМПИЕМЫ ПЛЕВРЫ (ОЭП).

Цеймах Е.А., Шойхет Я.Н.
Алтайский государственный медицинский университет, г. Барнаул

Программа лечения ОЭП включает три этапа. Первый этап продолжительностью до 10 – 14 дней состоит из мероприятий интенсивной терапии и реанимации: ликвидация дыхательной, сердечно – сосудистой недостаточности, профилактика полиорганной дисфункции, коррекция нарушений гомеостаза, криоплазменно – антиферментный комплекс для деблокирования микроциркуляции. Второй этап – консервативное лечение с использованием “малой” хирургии, включающей дренирование гнойников с введением в них экстракорпорально стимулированных фагоцитов, коррекцию протеиназно – ингибиторного баланса, плазма- и лейкоферез, локальную фибринолитическую терапию. Третий этап – реабилитация. После завершения курса консервативной терапии показаниями к плановым операциям были хронизация процесса, нарушение функции внешнего дыхания. Внедрение программы лечения ОЭП позволило сократить число оперированных больных, улучшить исходы лечения.

551. ОРГАНИЗАЦИЯ ОКАЗАНИЯ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ С ДОМИНИРУЮЩЕЙ ТРАВМОЙ ГРУДИ (ДТГ) ПРИ ТЯЖЕЛОЙ СОЧЕТАННОЙ ТРАВМЕ (ТСТ)

Цеймах Е.А., Бондаренко А.В., Кузнецов С.Ю..
Алтайский государственный медицинский университет, МУЗ «Городская больница №1», г. Барнаул

Разработана технология оказания медицинской помощи с алгоритмом обязательных диагностических и лечебных мероприятий и концентрацией всех больных с ТСТ в одном отделении. Первичная диагностика и оказание помощи осуществляется всеми основными специалистами в операционной: анестезиологом – реаниматологом, хирургом, травматологом, нейрохирургом. При необходимости привлекаются к оказанию помощи грудной хирург, эндоскопист, гинеколог и другие специалисты. За 2000-2006гг. в отделении ТСТ госпитализировано 518 пострадавших с ДТГ. Применение разработанных организационных подходов позволило снизить летальность у больных с доминирующей травмой груди при тяжелой сочетанной травме на 15,2 %.

552. ОПТИМИЗАЦИЯ ВНУТРИПЛЕВРАЛЬНОЙ ФИБРИНОЛИТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ПРИ СВЕРНУВШЕМСЯ ГЕМОТОРАКСЕ (СГ)

ЦеймахЕ.А., Шойхет_Я.Н., ТолстихинаТ.А., Мальченко Т.Д.,Седов В.К.
Алтайский государственный медицинский университет, г. Барнаул

Разработан новый метод лечения СГ, заключающийся во внутриплевральном введении свежезамороженной плазмы (СЗП) со стрептокиназой. Основанием для разработки послужили исследования показавшие, что у 70% больных СГ выявлена низкая активность плазминогена в плевральном экссудате. Эффективность фибринолиза в плевральной полости оценивалась по показателям протеиназно-ингибиторного баланса и гемостаза в периферической крови и плевральном экссудате. Внутриплевральное применение СЗП со стрептокиназой по сравнению с традиционной методикой позволяет значительно сократить кратность внутриплеврального введения стрептокиназы, сократить число оперированных больных.

553. ЛИКВИДАЦИЯ МИКРОЦИРКУЛЯТОРНЫХ НАРУШЕНИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО МЕДИАСТИНИТА

Цеймах Е.А., Тулупов В.А., Седов В.К.
Алтайский государственный медицинский университет, г.Барнаул

Анализируются результаты лечения 52 больных острым медиастинитом. Проведенные исследования системы коагуляции и фибринолиза плазмы крови выявили блокаду микроциркуляции в очаге поражения, во многом обусловленную развивающимся синдромом диссеминированного внутрисосудистого свертывания крови (ДВС-синдром). Применение в комплексной терапии острого медиастинита переливаний свежезамороженной или криосупернатантной плазмы, введение гепарина и ингибиторов протеиназ способствует улучшению микроциркуляции в очаге воспаления с повышением доступности его для антибиотиков и ингибиторов протеаз. Разработана схема применения криоплазменно-антиферментного комплекса в зависимости от особенностей клинического течения заболевания и характера выявленных нарушений гемостаза, что позволяет значительно повысить эффективность патогенетической терапии больных острым медиастинитом.

554. ЛЕЧЕНИЕ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОГО ГЕМОТОРАКСА (ПГ)

Цеймах Е.А., Шойхет Я.Н. Седов В.К., Толстихина Т.А., Мальченко Т.Д.
Алтайский государственный медицинский университет, г.Барнаул

Разработана и внедрена программа лечения ПГ, включающая криоплазменно –

антиферментный комплекс, плазма- и лейкоферез с внутриплевральным введением экстракорпорально стимулированных фагоцитов при разных формах гемоторакса, локальное введение ингибиторов и активаторов протеолиза, препаратов, регулирующих функциональную активность фагоцитов. Основными принципами лечения являются купирование синдрома диссеминированного внутрисосудистого свертывания крови, деблокирование микроциркуляции, дифференцированная лабораторнопрогнозируемая коррекция функциональной активности фагоцитов, протеиназно – ингибиторного баланса, коагуляционного и фибринолитического потенциала в плевральной полости при разных видах гемоторакса. Применение указанной программы позволяет значительно сократить число оперированных больных и улучшить исходы заболевания.

555. КЛАПАННАЯ БРОНХОБЛОКАЦИЯ КАК МЕТОД ОСТАНОВКИ ЛЁГОЧНОГО КРОВОТЕЧЕНИЯ

Левин А.В.-1, Цеймах Е.А.-2, Зимонин П.Е.-1, Самуйленков А.М.-1, Чуканов И.В.-1,Омельченко С.А.-1
КГУЗ «Алтайский краевой противотуберкулезный диспансер»-1, Алтайский государственный медицинский университет-2, г. Барнаул

Цель исследования: повышение эффективности комплексного лечения больных с лёгочными кровотечениями при туберкулёзе лёгких. Материалы и методы: Нами разработан и клинически апробирован метод временной окклюзии бронха при бронхоскопии эндобронхиальным клапаном с сохранённой дренажной функцией блокированного бронха и полости деструкции для остановки лёгочного кровотечения путём создания селективной лечебной гиповентиляции и ателектаза. У 49(48,0%) больных (основная группа (ОГ)) в комплексном лечении лёгочного кровотечения использована временная окклюзия бронха эндобронхиальным клапаном, а 53(52,0%) (группа сравнения (ГС)) - проводилась временная окклюзия бронха поролоновым обтуратором. Обе группы были сопоставимы. Результаты: Длительность временной окклюзии бронха в основной группе - 218,7±98,3 дней, максимальный срок - 515 дней, а в группе сравнения - 9,3±6,4($P<0,05$) и 30 дней. После удаления блокатора рецидив лёгочного кровотечения был отмечен у 1(2,0%) пациента в ОГ и у 8(15,1%) - в ГС ($P<0,001$). В ОГ по экстренным и срочным показаниям выполнены 2(4,1%) операции, а в ГС – 16(30,2%)($P<0,001$). Различные осложнения после временной окклюзии бронха возникли у 16(32,7%) больных в ОГ и у 46(86,8%) пациентов в ГС ($P<0,001$).В ОГ гемоаспирационная пневмония развилась у 3(6,1%) больных, а в ГС - у 17(32,0%) ($P<0,001$). Летальность в ОГ составила 3(6,1%), а в ГС - 16(30,2%) пациентов ($P<0,001$). Вывод: Таким образом, клапанная бронхоблокация является эффективным методом остановки лёгочного кровотечения при туберкулёзе лёгких. Создание длительных лечебных гиповентиляции и ателектаза в поражённом участке лёгкого при использовании эндобронхиального клапана способствует стабилизации и регрессу туберкулёзного процесса, профилактике асфиксии кровью и рецидивов лёгочного кровотечения.

556. ПРИМЕНЕНИЕ ЭКСТРАПЛЕВРАЛЬНОЙ ФРАГМЕНТАЦИОННОЙ ТОРАКОПЛАСТИКИ (ЭФТ) В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЁЗОМ ЛЁГКИХ (ТЛ) С ЛЕКАРСТВЕННОЙ УСТОЙЧИВОСТЬЮ (ЛУ)

Левин А.В. -1, Цеймах Е.А. -2, Зимонин П.Е. -1, Самуйленков А.М. -1, Чуканов И.В. -1, Лохматов С.А. -1, Николаева О.Б. -2
КГУЗ «Алтайский краевой противотуберкулезный диспансер»-1, Алтайский государственный медицинский университет-2, г. Барнаул

Цель: Повышение эффективности комплексного лечения больных ТЛ с ЛУ. Материалы и методы: Анализируются результаты оперативного лечения 79 больных ТЛ с ЛУ.

Основную группу (ОГ) составили 61 больных, которым выполнена ЭФТ. 18 больных вошли в группу сравнения (ГС). Им в комплексном лечении туберкулёза с ЛУ применялись экстраплевральная торакопластика с полным удалением 2-4 верхних рёбер. Анализируемые группы больных были сопоставимы. Эмпиема плевры являлась показанием для торакопластики у 51(83,6%) пациента в ОГ, и у 15(83.3%) – в ГС. С целью стабилизации туберкулёза лёгких торакопластика выполнена у 10(16,4%) пациентов в ОГ и у 3(16,7%) в ГС. При наличии эмпиемы плевры санационная плевростомия была выполнена у 41(67,2%) пациента в ОГ и у 15(83,3%) – в ГС. У остальных 10(16,4%) пациентов в ОГ торакопластика выполнялась «на дренаже». Результаты: В 1 этап торакопластика выполнена нами у10(16,4%) пациентов в ОГ и у 3 (16,7%) в ГС, 2 этапа – у 5(8,2%) пациентов в ОГ, 3 этапа – у 40(65,6%) пациентов в ОГ и у 3(16,4%) – в ГС, 4 этапа – у 6(9,8%) пациентов в ОГ и у 12(66,7%) – в ГС. Средняя кровопотеря во время операции в ОГ составила 360±8,7 мл, а в ГС 880±16.3 мл. (P<0,001).Средняя длительность операции в ОГ 94,1±3,6мин, а в ГС - 135±4,2 мин. (P<0,001).Послеоперационные осложнения в ОГ возникли у 5(8,2%) пациентов, а в ГС – у 7(38,9%) (P<0,02). Отдалённые результаты прослежены у всех больных в сроки от 1 года до 15 лет. Стойкая стабилизация туберкулезного процесса отмечена у 48(78,7%) пациентов в ОГ и у 7(38,9%) пациентов в группе сравнения (P<0,01). В ОГ от прогрессирования туберкулёза умерли 6(9,8%) пациента, а в группе сравнения 6(33,3%) (P<0,05). Вывод: Применение ЭФТ позволяет повысить эффективность комплексного лечения больных ТЛ с ЛУ.

557. ПРИМЕНЕНИЕ КЛАПАННОЙ БРОНХОБЛОКАЦИИ (КБ) И МИНИИНВАЗИВНЫХ КОЛЛАПСОХИРУРГИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ТУБЕРКУЛЁЗА ЛЁГКИХ С ЛЕКАРСТВЕННОЙ УСТОЙЧИВОСТЬЮ (ЛУ)

Левин А.В.-1, Цеймах Е.А.-2, Зимонин П.Е.-1, Самуйленков А.М.-1, Чуканов И.В.-1, Краснов Д.В.-3, Лохматов С.А.-1, Николаева О.Б.-2
КГУЗ»Алтайский краевой противотуберкулезный диспансер»-1, Алтайский государственный медицинский университет-2, г. Барнаул, ФГУ»Научно-исследовательский институт туберкулеза»-3, г. Новосибирск.

Цель: Повышение эффективности комплексного лечения больных туберкулёзом лёгких с ЛУ. Материалы и методы: Нами проанализированы результаты комплексного лечения 51 больного хроническими формами туберкулёза легких с ЛУ. Группы были сопоставимы. Остро-прогрессирующий туберкулёз был у 21(41,2%) пациентов. Множественная ЛУ микобактерий была у 36(70,6%) пациентов, полирезистентность – у 25(29,4%). Все больные получали противотуберкулёзные препараты с учётом ЛУ. Материалы и методы: У 24(47,1%) были выполнены торакопластики в комбинации с КБ пораженными сегментами лёгкого, находящимися под торакопластикой (основная группа (ОГ)), а у 27(52,9%) – без КБ (группа сравнения (ГС)). КБ проводили сразу после операции через интубационную трубку под общей анестезией, либо через 7-10 суток после оперативного вмешательства под местной анестезией. В ОГ были выполнены экстраплевральные фрагментационные торакопластики – у 10(41,7%) пациентов, остеопластические торакопластики – у 14(58,3%). В ГС - экстраплевральные фрагментационные торакопластики – у 10(37,0%) пациентов, остеопластические – у 17(63,0%). Двухсторонняя остеопластическая торакопластика была выполнена у 3(12,5%) пациентов в ОГ и у 1(3,7%) – в ГС. В течение 6 месяцев после торакопластики прекращение бактериовыделения отмечено у 20(83,3%) пациентов в ОГ и у 12(44,4%) – в ГС (P<0,01). Полное заживление полостей под торакопластикой в течение 12 месяцев после операции наблюдалось у 12(50,0%) пациентов в ОГ и у 5(18,5%) – в ГС (P<0,02). Вывод: Применение КБ в комбинации с торакопластикой у больных с хроническими деструктивными формами туберкулёза лёгких с ЛУ повышает эффективность

торакопластики, позволяет добиться прекращение бактериовыделения в 1,9 раз чаще, а закрытие полостей распада в 2,7 раз чаще, чем в группе сравнения.

558. ПРИМЕНЕНИЕ КЛАПАННОЙ БРОНХОБЛОКАЦИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЁЗОМ ЛЁГКИХ, ОСЛОЖНЁННЫМ ЛЁГОЧНЫМ КРОВОТЕЧЕНИЕМ, С СОПУТСТВУЮЩЕЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Левин А.В.-1, Цеймах Е.А.-2, Зимонин П.Е.-1
КГУЗ»Алтайский краевой противотуберкулезный диспансер»-1, Алтайский государственный медицинский университет-2, г. Барнаул.

Цель: Повышение эффективности комплексного лечения больных с лёгочными кровотечениями при туберкулёзе лёгких с сопутствующей патологией. Материалы и методы: В комплексном лечении у 15 пациентов применялась клапанная бронхоблокация (КБ) (основная группа (ОГ)), а у 12 – временная окклюзия бронха поролоном (ВОБП) (группа сравнения (ГС)). В ОГ гепатиты различной этиологии были у 3(20,0%) пациентов, сахарный диабет был у 3(20,0%), острый пиелонефрит – у 1(6,7%), наркомания – у 2(13,3%), посттравматический парапарез – у 1(6,7%), острый парапроктит – 1(6,7%), септический эндокардит – 2(13,3%), гипертоническая болезнь – у 2(13,3%).В ГС у 4(33,3%) пациентов был гепатит, у 1(8,3%) - сахарный диабет, у 1(8,3%) – язвенная болезнь желудка, у 1(8,3%) - делириозное состояние, гипертоническая болезнь – у 2(16,7%), наркомания – у 2(16,7%). У 3(17,6%) пациентов в ОГ было кровотечение 1 ст. (до 100 мл), у 8 – 2 ст. (до 500 мл), у 4 – 3 ст. (более 500 мл). У 3(25,0%) пациентов в ГС было кровотечение 1 ст. (до 100 мл), у 7(58,3%) – 2 ст. (до 500 мл), у 2(16,7%) – 3 ст. (более 500 мл). Результаты: Непосредственная остановка кровотечения достигнута у всех пациентов обеих групп. Длительность временной окклюзии бронха в ОГ - 211,7±7,3 дней, а в ГС - 9,1±4,2 ($P<0,05$) максимальный срок - 515 дней и 30 дней соответственно. Рецидив лёгочного кровотечения в ОГ произошёл у 2(13,3%) пациентов, а в ГС – у 6(50,0%) ($P<0,05$).Летальный исход имел место у 3(20,0%) пациентов в ОГ и в ГС - у 7(58,0%)($P<0,001$). Вывод: Таким образом, применение КБ является эффективным средством остановки лёгочного кровотечения у больных туберкулёзом лёгких, осложнённым лёгочным кровотечением, с сопутствующей патологией по сравнению с традиционной методикой временной окклюзии бронха поролоном.

559. КОРРИГИРУЮЩАЯ ИНТРАПЛЕВРАЛЬНАЯ ФРАГМЕНТАЦИОННАЯ ТОРАКОПЛАСТИКА (КИФТ) В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ЛЕКАРСТВЕННО-УСТОЙЧИВЫМ ТУБЕРКУЛЁЗОМ ЛЁГКИХ (ЛУТЛ).

Левин А.В. -1, Цеймах Е.А. -2, Зимонин П.Е. -1, Самуйленков А.М. -1, Чуканов И.В. -1, Лохматов С.А. -1, Николаева О.Б. -2
КГУЗ»Алтайский краевой противотуберкулезный диспансер»-1, Алтайский государственный медицинский университет-2, г. Барнаул

Цель: Повышение эффективности комплексного лечения больных с ЛУТЛ. Материалы и методы: Анализируются результаты оперативного лечения 33 больных туберкулёзом лёгких с ЛУТЛ. Основную группу (ОГ) составили 21 больной, которым с целью устранения несоответствия объема лёгкого объёму плевральной полости после резекции лёгкого выполнена 3-х рёберная КИФТ, а 12 больных вошли в группу сравнения (ГС). Им была выполнена 3-х рёберная корригирующая интраплевральная торакопластика с полным удалением рёбер. Анализируемые группы больных были сопоставимы. Фиброзно-кавернозный туберкулёз в основной группе был у 10(47,6%) пациентов, в группе сравнения – у 8(66,7%). Множественные туберкуломы в фазе распада в основной группе был у 5(23,8%) пациентов, в группе сравнения – у 4(33,3%). У всех больных имелась очаговая диссеминация в оперированном лёгком. Результаты: Средняя кровопотеря во

время операции в ОГ составила 238±3,7 мл, а в ГС - 805±6.3 мл($p<0.001$). Средняя длительность этапа торакопластики в ОГ - 32,4±3,1мин, а в ГС - 68,2±4,1 мин($p<0.001$). Послеоперационные осложнения в ОГ возникли у 2(9,5%) пациентов (ателектаз участка оперированного лёгкого), а в ГС – у 7(58,3%)(остаточная полость – у 4, послеоперационные кровотечения – у 2, ателектаз участка оперированного лёгкого – у 1) ($p<0.001$). Отдалённые результаты прослежены у всех больных в сроки от 1 года до 15 лет. Рецидив туберкулёза в ОГ возник у 1(4,8%) пациента, а в ГС – у 4(33,3%)($p>0.05$). В ОГ ни один пациент не умер, а в ГС погибли от прогрессирования туберкулёза 2(16,7%) пациента. Вывод: Применение КИФТ в качестве метода коррекции плевральной полости после резекций лёгкого позволяет уменьшить травматичность операции, улучшить результаты лечения.

560. ВОПРОСЫ ОБЕЗБОЛИВАНИЯ ПРИ ТРАВМЕ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ

Мордвинцева М. Н., Булынин В. В., Лозинский А. В., Коробчевская Л. П.
Воронежская государственная медицинская академия им. Н. Н. Бурденко, ОКБ № 1, Воронеж

Физиотерапевтическое лечение боли проводилось 65 пациентам с травмой грудной клетки. С целью обезболивания использовали местно-анестезирующие препараты: 0,5% раствор новокаина (в 52 случаях), 2% раствор лидокаина (в 7 случаях). Данные лекарственные препараты вводили больным методом лекарственного электрофореза аппаратом "Поток 1". Электроды площадью 12 х 17см^2 располагали таким образом, чтобы зона перелома ребер находилась между ними. Электроды помещали паравертебрально со стороны перелома ребер. Сила тока до 5 мА.; 8-10 мин.; ежедневно; №5 (7). Также в 6 случаях применялась методика транскраниальной электроанальгезии, которую проводили аппаратом "Лэнар", использовались следующие параметры: среднее значение силы тока 2 мА, длительность импульса 0,2 - 0,25 мс, режим переменной скважности, частота следования импульсов 800-900 Гц, уровень выходного напряжения увеличивали до появления у пациента ощущения приятного покалывания под электродами. Процедуры проводили ежедневно курсом 5-7 процедур. После проведения лекарственного электрофореза больные отмечали уменьшение одышки, увеличение объема движений, продолжительности ночного сна. Но при этом сохранялось эмоциональное напряжение (боязнь глубокого вдоха и движений), которое позволяло снять применение метода транскраниальной электроанальгезии. При проведении транскраниальной электроанальгезии больные отмечали улучшение настроения, более спокойный сон и лишь затем указывали на уменьшение интенсивности боли в зоне перелома ребер. Выводы - рассмотренные методы физиотерапевтического обезболивания при травмах грудной клетки эффективны. Наилучший анальгетический эффект достигается сочетанием методов транскраниальной электроанальгезии и лекарственного электрофореза.

561. ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ИНОРОДНЫМИ ТЕЛАМИ ГРУДИ

Булынин В. В., Тимошенко О. А., Смольянов В. В.
Воронежская государственная медицинская академия им. Н. Н. Бурденко, ОКБ № 1, ОТБ № 1 УФСИН, Воронеж

Цель. Повышение качества лечения больных с инородными телами (ИТ) грудной клетки. Задачи. Разработка и обоснование алгоритма лечения больных с инородными телами грудной клетки. Материалы и методы. За период с 1999 по 2007 гг. в отделении торакальной хирургии ОКБ №1 и ОТБ №1 УФСИН г. Воронежа наблюдалось 180 пациентов с ИТ грудной клетки. Было произведено 160 операций по удалению ИТ расположенных в плевральной полости, легком, мягких тканях грудной клетки, средостении, диафрагме и печени. При обследовании у больных в 30% случаев

наблюдались осложнения в виде пневмоторакса, гемоторакса. Всем больным данной категории проводилось хирургическое лечение в режиме скорой помощи. Остальные больные оперированы в плановом порядке. Им проведены следующие операции: видеоторакоскопия (ВТС) и удаление ИТ (19), миниторакотомия и удаление ИТ (30), торакотомия и удаление ИТ (82) с резекций сегмента/доли легкого (29). ВТС с удалением инородного тела выполнялось больным с коротким травматическим анамнезом. Попытка удаления инородного тела эндоскопически у пациентов после перенесенных торакотомий и туберкулеза в большинстве случаев заканчивалась конверсией с переходом на торакотомию, что заставило нас отказаться от ВТС у этой категории больных. Миниторакотомии производили пациентам с ИТ в мягких тканях грудной стенки непосредственно в области стояния инородного тела. Пациентам с небольшими неосложненными периферически-расположенными инородными телами оперативное лечение не производили.

562. ХИРУРГИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ ДИССЕМИНИРОВАННОГО ПОРАЖЕНИЯ ЛЕГКИХ

Пилькевич Д.Н., Гатаутов Д.М., Винницкая Л.П., Максимов В.Ю., Воинов Л.Ю., Медяков А.С., Сироткин Т.Т.
Областной противотуберкулезный диспансер, дорожная клиническая больница, Челябинск

Цель исследования: изучение возможностей различных хирургических методов диагностики диссеминированного поражения легких. Материал: с 2000 по 2006 гг. 234 пациентам (122 женщинам и 112 мужчинам) в возрасте от 15 до 71 года (средний возраст составил 42,8 года) с диссеминированным поражением легких было выполнено 239 операций, в том числе: диагностических торакотомий (ДТТ) – 124, видеоторакоскопических операций (ВТО) – 78, парастернальных медиастиноплевроскопий (ПМПС) – 22, видеоторакоскопических резекций легкого (ВТС резекция) – 8, видеоассистированных резекций легкого (ВАТС резекция) – 7.
Были установлены следующие диагнозы: саркоидоз – 77, туберкулез – 34, экзогенный аллергический альвеолит – 26, идиопатический фиброзирующий альвеолит – 23, гистиоцитоз Х – 9, канцероматоз легких – 15, бронхиоло-альвеолярный рак – 3, лимфосаркома – 1, лейомиоматоз – 1, пневмония – 10, ХОБЛ – 10, пневмокониозы – 10, кистозно-фиброзная гипоплазия – 1, сотовое легкое – 1, висцеральное поражение легкого при системных заболеваниях – 7, гемосидероз – 3, альвеолярный протеиноз – 2, кандидоз – 1. В 5 случаях выполнялись повторные вмешательства. Диагностическая эффективность ВТО с щипцовой биопсией легкого составила 93,6%, остальных методов – 100%.
Выводы:
1. Хирургические методы сохраняют свое значение на заключительном этапе диагностики диссеминированных поражений легких.
2. Несмотря на высокую диагностическую эффективность к ДТТ целесообразнее прибегать после использования менее травматичных вмешательств.
3. При сопутствующем поражении внутригрудных лимфоузлов методом выбора является ПМПС.
4. Развитие эндоскопической видеотехники и сшивающих аппаратов позволяет более широко внедрять ВАТС и ВТС резекции легкого – малотравматичные и высокоинформативные методы.

563. ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОСЛОЖНЕННОГО ЭХИНОКОККОЗА ЛЕГКИХ

Кариев Т.М., Абулкасимов С.П
НИИ фтизиатрии и пульмонологии, Ташкент

Цель: изучить эффективность органосохраняющих и резекционных операций при осложненном эхинококкоза легких. Методы исследования: когортное исследование Результаты: Органосохраняющие и резекционные операции при осложненном эхинококкозе легких выполнены у 70 больных (мужчин – 48, женщин – 22) в возрасте от 8 до 63 лет. До поступления в клинику все больные лечились по поводу туберкулеза легких, специфического плеврита, спонтанного пневмоторакса и эмпиемы плевры.
По клинико-рентгенологическим данным нагноение эхинококковой кисты диагностировано у 40 больных, прорыв в плевральную полость – у 25, прорыв в бронх – у 3, легочное кровотечение – у 2. Киста в правом легком располагалась у 47 больных, в левом – у 23. Одиночные кисты имелись у 67 больных, множественные – у 3. Эхинококэктомия произведена у 25 больных, плеврэктомия и декортикация легкого – у 14, сегментарная и комбинированная резекция легких – у 10, лобэктомия – у 10, лобэктомия и плеврэктомия – у 4, пульмон- и плевропульмонэктомия – у 7 больных. После операции бронхиальный свищ и эмпиема плевры возникла у 1 больного, ограниченная эмпиема плевры – у 2. Эти осложнения ликвидированы задневерхней торакопластикой и пункционной санацией эмпиемы плевры. Хороший клинический эффект достигнут у 69 больных (98,5%). Удовлетворительный результат у 1 больного (1,5%) связан с наличием ограниченной остаточной плевральной полости и плевроторакальным свищом. Заключение: осложненный эхинококкоз легких представляет значительные трудности для своевременной диагностики. Хирургическое лечение является основным и высокоэффективным методом, среди которого ведущее место занимают органосохраняющие операции – эхинококкэктомия и частичные резекции легких.

564. ВИДЕОТОРАКОСКОПИЧЕСКАЯ БЕСШОВНАЯ РЕЗЕКЦИЯ ЛЕГКИХ – НОВОЕ НАПРАВЛЕНИЕ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТЕХНИКИ.

Письменный А.К.-1, Корымасов Е.А.-2
Самарская областная клиническая больница им. М.И. Калинина - 1, Самарский государственный медицинский университет - 2

Цель: разработка методов малоинвазивной атипичной резекции легкого с целью получения биоптатов и удаления патологических образований без применения сшивающих аппаратов. Материалы и методы. Выполнено 58 видеоторакоскопических резекций легкого с помощью гармонического скальпеля: 49 - с целью биопсии при диссеминированных поражениях, 5 - при округлых образованиях, 4 - при буллезной эмфиземе. Дно раны легкого не герметизировали у 41 пациента. Электрокоагуляция поверхности выполнена у 6 человек. Эндохирургические швы наложены 5 больным. Адгезивной коллагеновой пластиной укрыто 3 раны. Аутотромбогелем обработано 2 раны, фибринным клеем 1. У 1 пациента использован аутоплевральный лоскут. Результаты. Интраоперационных осложнений не было. Полное расправление легкого достигнуто у 57 пациентов через 1,8 +0,9 суток. У 1 пациента с глубокой резекцией без дополнительной герметизации раны образовались бронхоплевральные свищи, что потребовало реторакоскопии, наложения эндохирургических швов. Препараты, полученные при биопсии, имели объем до 20 см3, линия резекции практически не подвержена коагуляционному некрозу. Это позволило дать адекватную морфологическую оценку заболевания во всех случаях. Достаточный объем ткани позволил сформировать банк блоков для экспертной оценки и дополнительных методов исследования (дополнительные методы окраски, иммуногистохимия и т.д.). Заключение. Бесшовная видеоторакоскопическая резекция легкого является перспективным направлением хирургической деятельности и позволяет достичь цели операции с минимальной травмой наиболее физиологическим способом. При выборе способа герметизации легкого следует

заранее оценить предполагаемую глубину резекции по данным компьютерной томографии, а затем интраоперационно.

565. ВИДЕОТОРАКОСКОПИЯ В ХИРУРГИИ ОСТРОЙ ЭМПИЕМЫ ПЛЕВРЫ

Корымасов Е.А.-1, Пушкин С.Ю.-2, Письменный А.К.-2, Песнева О.В.-2, Решетов А.П.-2, Бенян А.С.-2, Сызранцев Ю.В.-2, Мжельский Ю.А.-2
Организации: Самарский государственный медицинский университет - 1, Самарская областная клиническая больница им. М.И. Калинина - 2

Цель. Определение сроков выполнения и эффективности малоинвазивных технологий при хирургическом лечении острой эмпиемы плевры. Материал и методы. Проведено лечение 298 пациентов с острой эмпиемой плевры. Выполнялись повторные плевральные пункции с эвакуацией экссудата и санацией полости антисептиками, дренирование с постоянным или периодическим проточным промыванием. Результаты. У 52 пациентов применена видеоторакоскопия при неэффективности простого дренирования с сохранением интоксикации, осумковании выпота в труднодоступных областях, наличии бронхоплевральных свищей, поддерживающих остаточную полость. Место введения первого торакопорта устанавливали по данным УЗИ и рентгенологически. Частичная декортикация легкого удалась у 34 больных, у которых видеоторакоскопия была выполнена в течение первых 2-х недель с момента возникновения эмпиемы. У 18 человек, оперированных в сроки от 2 до 4 недель, рыхлый спаечный процесс, осумкование экссудата, плотные фиброзные изменения плевры послужили причиной перехода к видеоассистированным операциям. У 246 человек, оперированных позже 1,5 месяцев, возможной была только «открытая операция» из-за плотного сращения висцеральной плевры с легким и опасностью кровопотери. Выполнены декортикация легкого с коагуляцией или ушиванием свища, декортикация с атипичной резекцией легкого, плевролобэктомия и плевропульмонэктомия. Заключение. Видеоторакоскопия является важным этапом не только диагностического, но и лечебного процесса у больных с эмпиемой плевры. Успех ее зависит от срока вмешательства.

566. КОНЦЕПТУАЛЬНО НОВЫЙ ПОДХОД К ВЫБОРУ МЕТОДОВ КОНСЕРВАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ОСТРОЙ ГНОЙНОЙ ДЕСТРУКЦИЕЙ ЛЕГКИХ

Заремба С.В.-1, Шойхет Я.Н.-1, Рощев И.П.-1, Лиманов А.Е.-2, Мордвинов С.А.-2
Организации: ГОУ ВПО Алтайский госмедуниверситет, Барнаул -1
МУЗ Городская больница №5, Барнаул - 2

Существующие бальные системы оценки тяжести состояния гнойно-септических больных достаточно хорошо работают в прогностическом плане, но информации для выбора методов лечения дают недостаточно. Нами использован дополнительный комплекс лабораторных методов исследования: ферритин плазмы крови (Elecsys 2010), D-Димер и СРБ количественно (NycoCard Reader), агрегация тромбоцитов (БИОЛА 230LA). Метод основан на оценке пороговых значений результатов и направленности выявленных изменений. Последнее имеет решающее значение в выборе методов лечения, поскольку начальным и развернутым стадиям инфекционно-воспалительных процессов свойственны разнонаправленные изменения, а однонаправленные – поздним стадиям истощения механизмов адаптации. Высокому уровню СРБ (> 50 мг/л), свойственному большой активности бактериальной инфекции, могут сопутствовать, как низкие, так и высокие показатели D-Димера. Первое указывает на первостепенную значимость в лечении антибиотиков и растворов кристаллоидов, второе – делает актуальным назначение коллоидных растворов. При этом, глубокое угнетение индуцированной агрегации тромбоцитов требует применения криоплазмы, а гиперагрегация делает более

предпочтительным назначение гидроксиэтилкрахмала. Ферритин – маркер анемии и острофазовый белок, может иметь как низкие, так и высокие значения. Первое может быть основанием для антианемической терапии и назначения иммуномодуляторов, второе – не требует коррекции.

567. НОВЫЙ КОМПЛЕКС ЛАБОРАТОРНЫХ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ В ОЦЕНКЕ ТЯЖЕСТИ И ХАРАКТЕРА ЭНДОТОКСЕМИИ У БОЛЬНЫХ ОСТРОЙ ГНОЙНОЙ ДЕСТРУКЦИЕЙ ЛЕГКИХ

Шойхет Я.Н.-1, Заремба С.В.-2, Рощев И.П.-1, Лиманов А.Е.-2, Мордвинов С.А-2
ГОУ ВПО " Алтайский государственный медицинский университет", Барнаул -1, МУЗ " Городская больница №5", Барнаул - 2

Разнонаправленный характер изменений показателей коагулологических тестов у больных с ДВС-синдромом хорошо известен. С целью проверки гипотезы универсального характера разнонаправленных изменений в системах поддержания гомеостаза при гнойной хирургической патологии использованы следующие лабораторные методы исследования: ферритин плазмы крови (Elecsys 2010), D-Димер и СРБ количественно (NycoCard Reader), агрегация тромбоцитов (БИОЛА 230L).
Установлено, что только СРБ имеет сильную, прямую корреляционную связь с активностью инфекционно-воспалительного процесса обусловленного бактериальной флорой, все остальные исследуемые показатели имели разнонаправленные отклонения. Учесть все известные факторы, оказывающие влияние на направленность отклонений невозможно, как и проанализировать все варианты сопряжения четырех переменных. Но с позиций выбора тактики ведения больного важно знать, чем обусловлены выявленные отклонения, прямым воздействием инфекционного патогена или связаны с эндогенной интоксикацией. Первое заставляет делать акцент на антимикробной терапии, второе – на коррекции системных нарушений. Проведенное исследование показало, что рост уровня D-Димера прямо указывает на тяжесть системных нарушений связанных с коагулопатией. Глубокое угнетение агрегации тромбоцитов на все используемые индукторы наблюдается только при крайне тяжелой гнойной интоксикации и сепсисе. Низкие показатели ферритина связаны с анемией и сопутствующей иммуносупрессией, высокие – наоборот, прогностически благоприятный признак.

568. АГРЕГАЦИЯ ТРОМБОЦИТОВ У БОЛЬНЫХ ОСТРОЙ ГНОЙНОЙ ДЕСТРУКЦИЕЙ ЛЕГКИХ

Шойхет Я.Н., Заремба С.В., Устинов В.Г., Горбащенко Ю.Г.
ГОУ ВПО Алтайский госмедуниверситет, Барнаул

У больных острыми абсцессами и гангреной легких эндогенная интоксикация сопровождается синдромом системной воспалительной реакции (ССВР, SIRS - Systemic Inflamation Response Syndrome). Диагностика коагулопатии при этом синдроме, согласно ACCP/SCCM предусматривает определение количества тромбоцитов ($< 150*10^9$/л). Но нарушения функции клеток, как правило, предшествует изменению их количества. Поэтому с целью оценки информативности изменений количества и агрегационной активности тромбоцитов нами осуществлялся одновременный подсчет этих клеток в камере Горяева с помощью гематологического анализатора МЕК 6400 и агрегометра БИОЛА-230 LA. Спонтанная и индуцированная АДФ, ристомицином, адреналином, коллагеном, тромбином агрегация тромбоцитов оценивалась также с помощью указанного агрегометра. Установлено, что по отношению к визуальному подсчету тромбоцитов гематологический анализатор статистически значимо завышает результаты, а показатели, полученные с помощью агрегометра, имеют высокую дисперсию при пересчете. Но

поскольку на практике важны не столько абсолютные показатели, сколько направленность изменений, применим любой метод счета этих клеток.
Изменения агрегационной активности тромбоцитов наиболее информативны в варианте индукции процесса ристомицином и коллагеном (глубокое угнетение при тяжелых гнойно-септических процессах). Чувствительность и специфичность метода оценки агрегационной активности выше, чем только количественный подсчет этих клеток.

ХОБЛ

569. ВОЗМОЖНОСТИ С-РЕАКТИВНОГО БЕЛКА В ДИАГНОСТИКЕ ПНЕВМОНИИ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ (ХОБЛ).

Баймаканова Г.Е., Зубаирова П.А. Авдеев С.Н.,
ФГУ НИИ пульмонологии

Дизайн исследования: открытое проспективное.
Методы исследования: Обследовано 125 больных (средний возраст 65,7±9,7 лет, индекс курения 44,02±14,9 пачек/лет), госпитализированных в стационар с обострением ХОБЛ (PaO2 57,4±12,9 мм рт ст, PaCO2 46,9 ±13,6, мм рт ст, ОФВ1 41,4±14,4%, ФЖЕЛ 62,4±18,9%). Преобладали пациенты с тяжелым течением ХОБЛ (58,4%), в 17,6% случаев было среднетяжелое течение, крайне тяжелое течение отмечалось у 24,0% больных. Уровень С-реактивного белка (СРБ) в сыворотке крови измеряли с помощью системы NycoCard II Test Kit (Axis-Shield of Oslo, Norway). Результаты: У 34 (27,2%) пациентов диагностирована пневмония на фоне ХОБЛ. Концентрация сывороточного СРБ у больных пневмонией была выше, чем у пациентов без пневмонии (115,2±66,9 мг/л vs 32,5±19,8 мг/л, $p<0,001$). У пациентов без продукции гнойной мокроты уровень СРБ был ниже, чем у больных с продукцией гнойной мокроты (10,7±3,8 мг/л vs 38,4±15,8 мг/л, $p<0,001$). При ROC-анализе оценки диагностической ценности СРБ для прогнозирования пневмонии площадь под кривой ROC была равна 0,926 (ДИ 0,864-0,987). Пороговый уровень СРБ≥55 мг/л для диагностики пневмонии на фоне ХОБЛ имел чувствительность 88,2%, специфичность 85,7%. Таким образом, полученные данные свидетельствовали о роли СРБ как маркера активной бактериальной инфекции (пневмонии, гнойного бронхита) у больных с обострением ХОБЛ, что важно для решения тактики лечения данной категории больных.

570. ВЛИЯНИЕ КОМБИНИРОВАННОГО ПРЕПАРАТА (САЛЬМЕТЕРОЛ, ФЛЮТИКАЗОН) НА ПОКАЗАТЕЛИ ФУНКЦИИ ВНЕШНЕГО ДЫХАНИЯ И ОКСИМЕТРИИ У ПАЦИЕНТОВ С ХОБЛ В РЕЖИМЕ ОЖИДАНИЯ ДЛИТЕЛЬНОЙ КИСЛОРОДОТЕРАПИИ (ДКТ)

Баскакова А.Е., Козлов А.Г.
Городской Пульмонологический Центр г. Кострома.

В отделении ДКТ на дому Городского Пульмонологического Центра наблюдаются пациенты с ХОБЛ тяжелой и крайне тяжелой степени для решения вопроса о назначении ДКТ на дому. Перед назначением ДКТ в течение 12 недель проводится мониторинг общего состояния пациентов: ОФВ1, оксиметрии, назначается адекватная медикаментозная терапия. В течение года наблюдались 20 пациентов с ХОБЛ тяжелой степени, 7 женщин (средний возраст 61,6) и 13 мужчин (средний возраст 67,1). Средний показатель ОФВ1 1,2+-0,33л, среднее значение SaO2 88,1+-5,1%.Был назначен Серетид в дозе 50/100 2 раза в день в течении 12 недель, короткодействующий бета-2-симпатомиметик по требованию. Пациенты, принимающие системные

глюкокортикостероиды более года, продолжали прием поддерживающей дозы преднизолона 10 мг в сутки. Через 12 недель показатель SaO2 увеличился до 93,4+-4,6%, ОФВ1 до 1,4+-0,1л. Таким образом, лечение комбинированным препаратом Серетид в дозе 50/100 у больных ХОБЛ тяжелой степени в режиме ожидания ДКТ на дому привело к улучшению состояния больных, увеличению показателей оксиметрии , ОФВ1 и отсутствию показаний для проведения ДКТ на дому.

571. ИЗУЧЕНИЕ КЛИНИЧЕСКИХ МЕТОДОВ ОЦЕНКИ ОДЫШКИ ПРИ ХОБЛ

Ботнару В.И. - 1, Корлэтяну А.А. -1, Панфил Л.Т. - 2, Писова Л.К.- 2, Горобец Е.Г. - 2
Государственный медицинский Университет «Н. Тестемицану» - 1, МКБ «Св. Архангел Михаил», Кишинев - 2

Цель: Целью настоящего исследование стало изучение 6 шкал для оценки одышки - MRC (Medical Research Council), OCD (Oxygen Cost Diagram), BORG, BORG CR 10, BORG RPE Scale и VAS (Visual Analogue Scale), которые были использованы при обследовании 40 пациентов с хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ), и изучение корреляции между ними. Также были изучены корреляция между шкалами одышки и данными спирометрии (ОФВ1, ФЖЕЛ, индекс Тиффно). Методы исследование: В исследование были включены 40 больных ХОБЛ (средний возраст (65,2±8,46 лет) на 2–4 стадиях заболевания согласно классификации GOLD 2006. Больным проводилась спирометрия и оценка одышки по вышеперечисленным шкалам. Результаты: При анализе результатов с помощью коэффициента ранговой корреляции Спирмена выявлена корреляционная связь между всеми использованными шкалами для оценки одышки. При этом наиболее высокий уровень корреляции был установлен между шкалой MRC (Medical Research Council) и шкалой BORG CR 10 ($r=-0,36$, $p<0,01$). Также была выявлена достоверная корреляция между данными спирометрии и 6 шкалами для оценки одышки. Лучше всего в нашем исследовании коррелировала шкала BORG с ОФВ1 ($r=-0,31$, $p<0,05$); и шкала MRC и визуально-аналоговая шкала (VAS) с индексом Тиффно ($r=-0,37$, $p<0,001$). Заключение: Клиническая оценка одышки предоставляет качественную информацию, которая может дополнить данные спирометрии. Оценка одышки простыми и доступными методами может быть использована для более полного обследования состояния больных ХОБЛ и дляоценки результатов лечения.

572. ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ КОМБИНИРОВАННОЙ ИНГАЛЯЦИОННОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ ТЯЖЕЛОЙ ХОБЛ

Садыгов А. С.
Азербайджанский медицинский университет

Цель исследования - оценка эффективности лечения больных тяжелой ХОБЛ в амбулаторно – поликлинических условиях с использованием комбинированной фармакотерапии Беродуала и беклометазона дипропионата (БДП) с помощью клинических, функциональных показателей, нагрузочных тестов и параметров КЖ пациентов. Обследованы 72 больных ХОБЛ тяжелой степени в стадии ремиссии которые были включены в исследование в соответствии со следующими критериями: установленный диагноз «ХОБЛ» III стадия ХОБЛ с функциональными показателями 30 % $\leq$ ОФВ1 < 50 %, ОФВ1 / ФЖЕЛ < 70 %; клинически стабильное состояние в течение последних 4 нед., возраст пациентов $\geq$ 40 лет, индекс курения $\geq$ 10 пачко/лет, прирост ОФВ1 < 12 % (и < 200мл) по сравнению с исходным значением после ингаляции 400 мкг сальбутамола. После отбора и клинико-иммунологического обследования больные рандомизированы на 3 группы: 1-й группе (23 больных) в течение 12 нед. проводилась фармакотерапия Беродуалом в суточной дозе 200/80 мкг; 2-й группе пациентов (21 человек) назначался ингаляционно БДП в суточной дозе 1500 мкг, 3-й группе (28 человек)

– Беродуал в сочетании с БДП в дозе 1500 мкг в сут. Пациенты 2-й группы в период наблюдения для купирования симптомов могли использовать Сальбутамол.
В-1й группе пациентов, принимающих Беродуал, уже к 4-й нед выявлено уменьшение выраженности одышки. К 12-й нед терапии зафиксирована наименьшая выраженность симптомов. Установлено повышение ОФВ1 к 4-й нед. лечения на 9% , к 8-й нед. лечения – на 17%, к 12-й нед терапии – на 20% в сравнении с исходными данными. В 3-й группе больных, принимающих комбинацию беродуала и БДП, уже к 4-й нед. лечения отмечено уменьшение выраженности всех изучаемых симптомов. В этой группе были более высокие показатели ФВДпо сравнению с 1-й и 2-й группами.

573. МОДЕЛИ ВОСПРИЯТИЯ ДЫХАНИЯ У ЗДОРОВЫХ ЛИЦ И БОЛЬНЫХ С БРОНХООБСТРУКТИВНЫМ СИНДРОМОМ

Карзилов А.И., Тетенев Ф.Ф., Бодрова Т.Н.
Сибирский государственный медицинский университет, Томск

Цель: Разработать и изучить модели восприятия дыхания (ВД) у здоровых лиц и больных с бронхообструктивным синдромом (БОС) в условиях покоя, влиянии электростимуляции диафрагмы (ЭСД) и ингаляций Беродуала. Методы исследования: Проведено исследование 20 здоровых людей (1 гр.), 30 больных БА (2 гр.) и 30 больных ХОБЛ (3 гр.). Одышку у больных с БОС оценивали в баллах по визуальной аналоговой шкале, ВД у здоровых – в баллах по специальному алгоритму. ЭСД проводили: разовый сеанс в 1 гр. и курс ЭСД (10-15 сеансов) во 2 и 3 гр. После сеанса ЭСД исследуемые получали 4 ингаляции Беродуала. Исследования проводили до и после сеанса ЭСД, после ингаляций Беродуала у здоровых - однократно, у больных БА и ХОБЛ – в начале и в конце курса ЭСД. Изучали вентиляционную функцию легких и биомеханику дыхания с регистрацией транспульмонального давления при помощи пневмотахографа (Медфизприбор, Казань) и плетизмопрессографа постоянного объема (Erich Jaeger, Германия). На основе полученных данных строили модели ВД с полным набором переменных и пошаговом отборе переменных. Результаты: Модели ВД с полным набором переменных различаются по весовым значениям изучаемых факторов во всех 3-х группах. Итоговые модели ВД с пошаговым отбором переменных описываются в 1 гр. 2-6, во 2 гр. 1-3 и в 3 гр. 1-2 параметрами. К значимым факторам, определяющим ВД относятся: возраст, ОФВ1, работа дыхания, дыхательный объем, минутная вентиляция, время и скорость вдоха и выдоха, индекс инспираторной активности, время задержки дыхания на выдохе. Заключение: Модели ВД позволили выделить значимые факторы, влияющие на формирование ВД у здоровых лиц и одышки у больных БА и ХОБЛ, при различной степени ее выраженности.

574. ПРОГНОЗИРОВАНИЕ РАННИХ НАРУШЕНИЙ БРОНХИАЛЬНОЙ ПРОХОДИМОСТИ У БОЛЬНЫХ ХОБЛ

Карзилов А.И., Тетенев Ф.Ф., Бодрова Т.Н.
Сибирский государственный медицинский университет, Томск

Цель: Изучить возможность прогнозирования ранних нарушений бронхиальной проходимости по антропометрическим данным здоровых лиц и больных с нарушением бронхиальной проходимости.Методы исследования: исследовали здоровых людей (n=15), больных БА (n=30), ХОБЛ (n=16), внебольничной пневмонией (n=17). При помощи плетизмопрессографа постоянного объема (Erich Jaeger, Германия) определяли ФЖЕЛ, ОФВ1. Рассчитывали ОФВ1/ФЖЕЛ%; ОФВ1 к должной величине (Клемент Р.Ф. и др., 1986) – ОФВ1%. Методом множественной регрессии находили математические зависимости ОФВ1/ФЖЕЛ% и ОФВ1% от антропометрических данных. Результаты: Были получены регрессионные модели прогнозирования ОФВ1/ФЖЕЛ% и ОФВ1% с

предикторами: пол - П, 1- муж., 2 – жен.; возраст - В, годы; рост - Р, ОФВ1/ФЖЕЛ%=6,246·П–0,638·В+0,493·Р (1ОФВ1%= 0,636·Р–0,595·В (2)Параметры моделей: p=0,000 (1, 2), скорректированный R–квадрат – 96,4% (1) и 92,2% (2). Из них были выведены формулы расчета критического возраста, в котором значение ОФВ1/ФЖЕЛ=70% (В70%) и ОФВ1%=80% (В80%) в соответствии с критериями GOLD, 2003 В70%=(6,246·П+0,493·Р-70)/0,638В80%=(0,636·Р-80)/0,595. Значения В70%, В80% носят не фатальный, а прогностический характер и указывают на усредненный возраст вероятного проявления нарушения бронхиальной проходимости у больных ХОБЛ, то есть, являются факторами риска развития ХОБЛ. Заключение: Полученные математические модели позволяют по антропометрическим данным прогнозировать ОФВ1/ФЖЕЛ%, ОФВ1%, а так же критический возраст функционального проявления (В70%) и прогрессирования (В80%) ХОБЛ, что позволит применять их в качестве разделяющего фактора в скрининге респираторной функции различных популяций.

575. МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ЛЕГКИХ У ДЛИТЕЛЬНО КУРЯЩИХ ПАЦИЕНТОВ С НОРМАЛЬНОЙ ФУНКЦИЕЙ ВНЕШНЕГО ДЫХАНИЯ.

Татарский А.Р.(1), Дмитров Е.В. (2), Назаренко Г.И.(2)
1- РГМУ, 2- Медицинский Центр Банка России.

Цель: изучить морфологию легочной ткани у длительно курящих пациентов с нормальной функцией внешнего дыхания. Методы: у 20 курящих пациентов, средний возраст которых составлял 50 лет (18 мужчин, 2 женщины), со стажем курения в среднем 29 лет (ИК в среднем 30), с ведущим клиническим симптомом хронического кашля не менее 13 лет со слизистой мокротой, с нормальной функцией внешнего дыхания и отрицательным бронходилатационным тестом на 400 мкг сальбутамола ДАИ, выполнена компьютерная томография органов грудной клетке в режиме high resolution на вдохе и на выдохе для оценки морфологического состояния легких. Результаты: у 8 больных были выявлены уплотнения стенок бронхов, деформация стенок, у 2 бронхиолоэктазы, у 2 признаки центролобулярной эмфиземы. У 18 больных обнаружены участки меньшей плотности по сравнению с нормальной паренхимой. Наиболее частая локализация- 6 и 10 сегменты. Данные изменения принято называть «воздушными ловушками». Вывод: у длительно курящих пациентов с продолжительным анамнезом хронического кашля с мокротой, но с нормальными показателями ФВД (нормальная FEV1 и FEV1/FVC, отрицательный острый фармакологический тест на 400 мкг сальбутамола) были выявлены морфологические изменения в легочной ткани: уплотнение и деформация стенок бронхов, бронхиолоэктазы, центрлобулярная эмфизема, «воздушные ловушки».

576. КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ЛЕГКИХ У КУРЯЩИХ ЛЮДЕЙ.

Дмитров Е.В. (1), Татарский А.Р.(2), Назаренко Г.И.(1), Мельченко Д.С. (1).
1- Медицинский Центр Банка России, 2- РГМУ

Цель: Изучить клиническую картину, морфологические изменения стенок бронхиального дерева у курильщиков с нормальной функцией внешнего дыхания. Результаты: 12 из 20 курящих пациентов, средний возраст которых составлял 50 лет (18 мужчин, 2 женщины), со стажем курения в среднем 29 лет (ИК в среднем 30), с ведущим клиническим симптомом хронического кашля со слизистой мокротой не менее 13 лет, с нормальной функцией внешнего дыхания и отрицательным бронходилатационным тестом на 400 мкг сальбутамола ДАИ, было проведено бронхоскопическое исследование. У всех пациентов были выявлены признаки атрофии слизистой бронхов (истончение слизистой, зияние устья бронхиальных желез, узкие шпоры сегментарных и субсегментарных бронхов). В БАЛ, выполненном из СДБ процентное соотношение 4 видов клеток (АМ, Н,

Л, Э) соответствовало БАЛ курящего человека. При морфологическом исследовании биопсии бронхов были выявлены следующие изменения: слизистая бронха с признаками гиперплазии бокаловидных клеток, нарушение соотношения клеток реснитчатого эпителия и бокаловидных клеток, утолщение базальной мембраны, лимфоцитарная инфильтрация, гипертрофия гладкомышечных клеток мышечной оболочки. Вышеперечисленные изменения могли наблюдаться все у одного пациента или в различных сочетаниях. Заключение: у всех 12 пациентов с длительным анамнезом хронического кашля с мокротой и нормальной ФВД выявляются выраженные морфологические изменения в стенках бронхов.

577. ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ ХОБЛ В АМБУЛАТОРНОЙ ПРАКТИКЕ

Цуканова И. В.-1, Емельянов А.В.-2, Федосеев Г.Б.-1, Сергеева Г.Р.-2, Лисицына Н.Ф.-1, Баканина Л.А.-1, Никитина Е.Ю.-1
СПбГМУ им. акад. И.П. Павлова-1, СПбМАПО-2, Санкт-Петербург.

Цель работы: анализ качества диагностики и лечения больных ХОБЛ стабильного течения в возрасте от 30 до 82 лет (средний возраст 64,7 года) врачами различных поликлиник Санкт-Петербурга. Проанализировано 135 амбулаторных карт в 13 поликлиниках семи районов города. Установлено, что лишь в 19,3 % был правильно оформлен диагноз ХОБЛ с указанием тяжести течения и фазы болезни. I стадия ХОБЛ выявлена у 14,1%, II- у 62,2%, III – у 20% и IV стадия у 3,7% пациентов. Данные о курении были представлены в 60,7% амбулаторных карт, сведения о наследственной предрасположенности в 24,4%. Спирометрия проводилась лишь у 59,3%, проба на обратимость обструкции - у 46,2%. Проконсультированы пульмонологом 43,7%. При анализе назначенного лечения выявлено, что ингаляционные бронхолитики назначались 87,4% больных: препараты короткого действия 79,3% больных (сальбутамол 4,4%, фенотерол 5,2%, ипратропия бромид 40,7 % и их комбинация – 49,6%) , препараты длительного действия использовали 31,9% пациентов (сальметерол - 0,7 %, формотерол- 3%, тиотропия бромид - 28,9%). Пероральные бронхолитики назначались 35,6% больных, в том числе аминофиллин (эуфиллин)- 5,2%, теофиллины длительного действия- 28,9% . Ингаляционные глюкокортикоиды (ИГКС) применяли 30,4% пациентов (в виде монотерапии – 20,7%, в комбинации с ß2–агонистами длительного действия – 11,1%). Средняя доза ИГКС в пересчете на беклометазон составила 950,0±290,90 мкг/сутки. Отказ от курения рекомендован лишь 71,7% больных. Таким образом, выявлен невысокий уровень качества диагностики ХОБЛ в поликлинической практике. При ее лечении недостаточно используются средства для лечения табачной зависимости, ингаляционные бронхолитики длительного действия и ИГКС в комбинации с β2–агонистами длительного действия.

578. ВЛИЯНИЕ ТЕРАПИИ ТИОТРОПИЯ БРОМИДОМ И ИНГАЛЯЦИОННЫМИ ГЛЮКОКОРТИКОСТЕРОИДАМИ НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ ТЯЖЕЛОЙ ХОБЛ

Жестков А.В., Овчинникова Е.А., Косов А.И.
ГОУ ВПО Самарский государственный медицинский университет Росздрава

Цель исследования - изучить качество жизни больных ХОБЛ тяжелого течения на фоне терапии тиотропия бромидом, беклометазона дипропионатом и их сочетанием. С помощью специализированного вопросника SGRQ изучено качество жизни 124 больных ХОБЛ тяжелой степени. Выявлено значительное снижение КЖ по всем параметрам. По шкале «симптомы» оценка составляла 71 балл, «активность» - 65 баллов, «влияние» - 54 балла, суммарная оценка – 63,5 балла из 100 возможных. В течение 12 недель проводилась терапия тиотропия бромидом 18 мкг. в сутки (28 больных), беклометазоном

дипропионатом 1500 мкг. в сутки (30 пациентов), тиотропием 18 мкг в сочетании с беклометазоном 1500 мкг (26 человек). В группе больных, принимающих тиотропий, выявлено улучшение по шкалам «симптомы» на 14 баллов (с 72±3,8 до 58±2,8; p<0,01), «активность» - на 11 баллов (с 64±2,2 до 53±1,6; p<0,01), «влияние» - на 10 баллов (с 58±2,6 до 48±2,1;p<0,001); суммарный балл увеличился на (с 63±3,1 до 50±2,2; p<0,001) На фоне приема беклометазона к 12-й неделе отмечено достоверное улучшение по шкалам «симптомы» с 70±3,1 до 64±2,6; p<0,01, «активность» с 66±1,8 до 60±1,7; p<0,01, «влияние» - с 56±2,3 до 51±2,5; p<0,01, суммарный балл увеличился на 6 баллов (с 64±2,7 до 58±2,4; p<0,001). При применении комбинации тиотропия и беклометазона отмечено увеличение в сравнении с исходными значениями по шкалам «симптомы» на 17 баллов (с 71±4,2 до 54±3,9; p<0,01), «активность» - на 17 баллов (с 66±2,5 до 49±2,8; p<0,01), «влияние» - на 15 баллов (с 59±2,1 до 44±2,9;p<0,01), суммарный балл возрос на 17 (с 63±3,0 до 46±3,1; p<0,001). Таким образом, использование комбинации тиотропия и беклометазона оказывает более значимый эффект на все параметры КЖ у больных ХОБЛ тяжелого течения.

579. КЛИНИКО-ГЕНЕТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ФОРМИРОВАНИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ В РЕСПУБЛИКЕ БАШКОРТОСТАН

Викторова Т.В.1, Загидуллин Ш.З.1, Зулкарнеев Р.Х.1, Фархутдинов У.Р.1, Байнак О.В.1, Корытина Г.Ф.2
Башкирский государственный медицинский университет1, Институт биологии и генетики человека Уфимского научного центра Российской академии наук2, г.Уфа

Цель исследования: изучить полиморфизм генов, кодирующих ферменты протеолиза-антипротеолиза и цитокинов у больных у больных хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ). Методы исследования: материалом для исследования служили образцы ДНК, выделенные из лимфоцитов периферической венозной крови 240 больных ХОБЛ различной степени тяжести. Анализ полиморфных локусов генов, кодирующих антипротеолитические и протеолитические ферменты, и генов провоспалительных и противовоспалительных цитокинов проводили методом полимеразной цепной реакции синтеза ДНК на термоциклере «Терцик» в автоматическом режиме. Результаты и обсуждение. Выявлены генетические маркеры предрасположенности к ХОБЛ: инсерция в гомозиготном варианте 2G/2G полиморфного локуса -1607G/2G гена интерстициальной коллагеназы; гомозигота по мутации GG полиморфного локуса A252G гена лимфотоксина-α; генотип A1A1 VNTR-полиморфизма гена рецепторного антагониста интерлейкина-1; комбинация CT-A1A1 генов интерлейкина-1β рецепторного антагониста интерлейкина-1. Обнаружена ассоциация тяжелой формы ХОБЛ с гомозиготным генотипом по мутации GG полиморфного локуса A252G гена лимфотоксина-α и комбинацией генотипов GA-GG генов фактора некроза опухолей-α и лимфотоксина-α. Выявлены протективные генетические маркеры формирования ХОБЛ (полиморфные варианты генов интерстициальной коллагеназы, рецепторного антагониста интерлейкина-1, интерлейкина-1β) и тяжелого течения заболевания (полиморфные варианты генов лимфотоксина-α; фактора некроза опухолей-α).

580. ОЦЕНКА СТЕПЕНИ ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ ПРИ ХОБЛ

Косякова Н.И., Гущин А.Ю., Танганаг А.В., Тихонова И.В., Чемерис Н.К.
БПНЦ

Цель: изучить степень эндотелиальной дисфункции у больных ХОБЛ.
Материалы и методы: Обследовано в стадии ремиссии 60 пациентов с верифицированным

диагнозом ХОБЛ. Средний возраст - 49,8+2,6 лет. М.-48, Ж.-12. Со средне тяжелым течением ХОБЛ - 15 больных (м.11 и ж.4) – 1гр., с тяжелым – 45 (м.37, ж.8) – 2гр. Длительность курения – 28,6+2,7 лет в 1гр. и 29,6+1,3 во 2гр., кашля – 16,1+1,8 и 17,1+1,3, одышки – 5,5+1,3 и 5,9+1,1. ОФВ1 – 69,7+4,2 и 39,8+2,4%Д. Степень эндотелиальной дисфункции оценивали по коагулограмме, показателям периферической крови, числу десквамированных эндотелиоцитов по методу J.Yladovec (1978), концентрации IL-1в и TNF-а, уровню С-реактивного белка (СРБ) методом ИФА. В качестве контроля – показатели 10 доноров в той же возрастной группе. Из аппаратных методов диагностики - лазерная допплерография. Стат. обработка - с использованием компьютерных программ «Statistica». Результаты и обсуждение: У всех больных ХОБЛ статистически достоверно наблюдалось увеличение СОЭ, АЧТВ, тромбинового времени, протромбинового индекса, уровня фибриногена, тромбоцитов и лейкоцитов ($p<0,05$ по сравнению с контролем). Число десквамированных эндотелиоцитов было выше у больных 2гр., при этом наивысшие показатели отмечены у больных с длительностью курения более 15+3,5 лет. Концентрация СРБ, IL-1в и TNF-а у больных ХОБЛ были в 5 и 20 раз выше, чем в группе контроля. У больных 2гр. эти показатели превышали результаты пациентов 1гр. в 2,5+1,1 раз. Вазодилатация была менее выражена во 2гр. наблюдения. В ходе исследования установлена прямая корреляционная связь между показателями вазодилатации и концентрацией фибриногена ($r=0,58$), СРБ ($r=0,61$), TNF-а ($r=0,57$) и числом эндотелиоцитов ($r=0,54$) при $p<0,05$.

581. ФОРМАЛИЗОВАННОЕ ОПИСАНИЕ ПАТОГЕНЕЗА МЫШЕЧНОЙ ДИСФУНКЦИИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ

Колпакова А. Ф., Бургарт Т.В.
ГОУ ВПО Красноярская государственная медицинская академия

Целью настоящего исследования было формализованное описание и создание концептуальных моделей патогенеза мышечной дисфункции (МД) у больных хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ). С использованием компьютерной программы BioUML (Ф.А. Колпаков, www.biouml.org) проанализированы результаты собственных исследований, литературные данные и базы данных PubMed, TRANSPATH, GeneOntology, EMBL и GeneBank, BMOND. Выполнено формализованное описание и построена модель патогенеза МД респираторных и периферических мышц больных ХОБЛ. Выявлены критические моменты для развития МД у больных ХОБЛ. Гипоксия, гиперкапния, воспаление, недостаточное питание, оксидативный стресс способствуют МД. Оксидативный стресс в мышечных волокнах приводит к усилению апоптоза, дисфункции митохондриальной респираторной цепи, нарушениям в цикле Кребса, приводящим к снижению уровня аденозин трифосфата и мышечной дисфункции. Нарушения поляризации клеточных мембран и чувствительности к ионам кальция способствуют снижению сократительной способности мышц. Провоспалительные цитокины ИЛ-1, ИЛ-6 оказывают катаболическое действие через активацию ядерного транскрипционного фактора kappa B (NF-κB). Убиквитинизация и деградация с помощью 26S протеосомы приводит к тому, что NF-κB транспортируется в ядро для регуляции транскрипции определенных генов. Тормозится экспрессия MyoD – транскрипционного фактора для дифференциации и восстановления скелетных мышц, что нарушает синтез миозина в миофибриллах. Цитокины способствуют катаболическим процессам в мышцах. Инсулиноподобный фактор роста (IGER) и MyoD оказывают анаболический эффект, активируя синтез миофибрилл и уменьшают мышечную деградацию. Систематизированные знания патогенеза мышечной дисфункции при ХОБЛ способствуют оптимизации лечения и созданию новых лекарств.

582. ЦИРКАДИАННЫЕ РИТМЫ ДЫХАТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ У БОЛЬНЫХ ХОБЛ.

Убайдуллаев А.М., Ражабов Х.С.
НИИ фтизиатрии и пульмонологии, г. Ташкент, Узбекистан.

Цель. Изучение состояния циркадианных ритмов респираторной системы у больных ХОБЛ в зависимости от степени тяжести. Материалы и методы. В клинике НИИФиП было обследовано 40 больных ХОБЛ различной степени тяжести, из них с легким течением заболевания (I группа) – 10, со средней степенью тяжести – 15 (II группа), с тяжелым течением – 15 (III группа). Проводилось пятикратное исследование функции внешнего дыхания (8, 12, 16, 20, 24 часа) на аппарате «Masterlab», в течение 3 суток. Результаты. У 30% больных ХОБЛ определялся дневной тип циркадианного биоритма респираторной системы, характеризующийся акрофазой показателей в дневное время (1200-1800) и батифазой – (2000-2400), у 42,5% больных ХОБЛ – вечерний тип циркадианного биоритма респираторной системы с акрофазой в вечернее время (2000-2400) и батифазой в утреннее или дневное время, и у 27,5% больных ХОБЛ определялся утренний тип циркадианного биоритма. Отмечено, что с утяжелением степени выраженности заболевания происходило увеличение удельного веса лиц с вечерним и утренним типами биоритмов респираторной системы. У больных ХОБЛ легким течением заболевания в 40% случаев отмечался дневной тип биоритма, в 40% случаев – вечерний и в 20% – утренний типы биоритмов. Среди больных со среднетяжелым течением у 33,4% пациентов имел место дневной тип, у 40% – вечерний и у 26,6% – утренний типы биоритмов ФВД. У больных ХОБЛ тяжелого течения в 20% случаев определялся дневной тип, в 46,6% случаев – вечерний и в 33,4% – утренний типы биоритмов респираторной системы. Таким образом, установлена взаимосвязь тяжести клинического течения ХОБЛ с выраженностью циркадианного десинхроноза дыхательной систем. Коррекция циркадианного десинхроноза параметров респираторной системы определяет тактику эффективного лечения больных ХОБЛ.

583. ВСТРЕЧАЕМОСТЬ СИНДРОМА ОБСТРУКТИВНОГО АПНОЭ-ГИПОПНОЭ СНА У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ.

Ражабов Х.С.
НИИ фтизиатрии и пульмонологии, г. Ташкент, Узбекистан.

Цель: изучить частоту и тяжесть течения синдрома обструктивного апноэ-гипопноэ (СОАГС) сна у больных хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ). Материалы и методы: Было обследовано 76 больных ХОБЛ с разной степенью тяжести течения заболевания, в возрасте 40-72 лет. Для выявления синдрома обструктивного апноэ-гипопноэ сна использован метод полисомнографии с помощью аппарата «SLEEP SCREEN», кроме того проведен анкетный скрининговый опрос, разработанный рабочей группой Американской Академии медицины сна. Результаты: По данным полисомнографического обследования, СОАГС отмечен у 57 (75%) больных ХОБЛ. У 15,8% больных выявлен СОАГС с индексом апноэ-гипопноэ (ИАГ) сна более 30, указывающим на тяжелую его степень; у 19,7% - ИАГ от15 до 30 – средняя тяжесть; у 39,4% - ИАГ от 5 до 15 – легкая степень. Наличие СОАГС у больных ХОБЛ в 94,4% сопровождалось наличием храпа, в 83% - эпизодами остановки дыхания во время сна (со слов свидетелей), в 94,4% - дневной сонливостью, в 22,2% - головной болью, в 22,2% - повышением артериального давления. Оценочный балл клинических симптомов СОАГС, составляющий 4 и более, отмечен у 94,4% больных с установленным СОАГС. Таким образом, высокая частота встречаемости СОАГС у больных ХОБЛ диктует необходимость углубленного обследования больных.

Проведение скринингового анкетирования у больных ХОБЛ позволяет с высокой степень вероятности диагностировать СОАГС.

584. ПРОВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЦИТОКИНЫ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ТИПАХ ХОБЛ

Лучкина О. Е., Ягода А.В.
Ставропольская государственная медицинская академия

Цель работы: определение концентрации провоспалительных цитокинов (ФНО-α, ИЛ-1β, ИЛ-8) в сыворотке крови, а также их синтеза мононуклеарными клетками и полиморфно-ядерными лейкоцитами (МНК, ПМЯЛ) периферической крови и клетками лаважной жидкости в зависимости от типа ХОБЛ (раздельно при катаральной и гнойной формах болезни). 100 больных ХОБЛ (41 с гнойной формой, 59 – с катаральной) определяли уровень цитокинов в сыворотке крови, у 35 изучали их синтез in vitro клетками лаважной жидкости, у 46 – продукцию этих цитокинов in vitro МНК и ПМЯЛ периферической крови. Содержание цитокинов определяли методом ИФА. Согласно полученным данным, концентрация всех трёх изучаемых цитокинов в сыворотке крови была максимальной у больных с бронхитическим типом ХОБЛ, минимальной – с эмфизематозным при обеих формах заболевания. Содержание цитокинов при бронхитическом типе ХОБЛ достоверно превышало таковое при эмфизематозном и смешанном типах, а при смешанном типе ХОБЛ было выше, чем при эмфизематозном. Аналогичные данные получены при изучении синтеза цитокинов МНК и ПМЯЛ периферической крови и клетками лаважной жидкости. На фоне стандартного лечения больных (в среднем в течение 2 недель) достоверное снижение концентрации всех цитокинов происходило при обеих формах ХОБЛ. Вместе с тем нормализация уровня ФНО-α, ИЛ-1β происходила только при эмфизематозном типе катаральной формы ХОБЛ, оставаясь в остальных случаях достоверно повышенной. Полученные данные позволяют рекомендовать определение уровня ФНО-α, ИЛ-1β и ИЛ-8 для определения типа ХОБЛ, а эмфизематозный тип катаральной ХОБЛ считать предиктором нормализации выработки провоспалительных цитокинов в ходе стационарного этапа лечения.

585. ПРИМЕНЕНИЕ АРБИДОЛА В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ИНФЕКЦИОННЫМ ОБОСТРЕНИЕМ ХОБЛ

Недлинська Н.Н., Капитан Г.Б. , Мухин А.А., Клягин В.Я.
Институт фтизиатрии и пульмонологии АМН Украины, Киев

Цель работы - изучение эффективности и безопасности противовирусного препарата арбидол в комплексном лечении больных с инфекционным обострением (ИО) хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ). Объект исследования — 55 пациентов (49 мужчин и 6 женщин) в возрасте 42-87 лет (средний возраст (65±14,5) года) с ИО ХОБЛ I типа (по N.R. Anthoninsen) и клиническими проявлениями ОРВИ. Все больные были рандомизированы на 2 группы. 1-я группа (20 пациентов) получала усиленную (соответственно степени тяжести ХОБЛ) базисную и эмпирическую антибактериальную терапию (амоксициллин/клавуланат перорально в дозе 625 мг 3 раза в день). 2-я группа (35 больных) дополнительно к проводимой терапии ИО ХОБЛ получала противовирусный препарат арбидол (перорально в дозе 0,2 г 3 раза в день).
Результаты. Динамика клинико-функциональных и лабораторных признаков ИО ХОБЛ на момент окончания антибактериальной и противовирусной терапии (7-10 сутки) свидетельствовала, что клиническое выздоровление (фаза ремиссии) была достигнута у (55,0±11,4) % больных 1-й группы и у (85,7±6,0) % — 2-й ($p<0,05$). У остальных пациентов обеих групп определялось клиническое улучшение (фаза неполной ремиссии). Дальнейший прием базисной терапии содействовал достижения клинического

выздоровления (фазы ремиссии) на момент окончания исследования (30 сутки) всеми больными обеих групп. В среднем обострение ХОБЛ длилось (14,4±2,0) дня у пациентов 1-й группы и (10,5±1,3) дня у больных 2-й группы (p<0,05). При оценке безопасности проводимой терапии достоверных отличий в частоте возникновения нежелательных реакций между группами сравнения не выявлено.
Заключение. Результаты исследования свидетельствуют в целесообразности и безопасности применения противовирусного препарата арбидол в комплексном лечении больных с ИО ХОБЛ

586. ПРОГРАММА РЕАБИЛИТАЦИИ С ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫМ КОМПОНЕНТОМ У БОЛЬНЫХ ХОЗЛ

Чолурова Р. А.
Кыргызская государственная медицинская академия

Цель: изучить влияние образовательных программ на клиническое течение, показатели вентиляции, толерантность к физической нагрузке и качество жизни больных ХОЗЛ.
Материал и методы: у 136 больных ХОЗЛ II ст., в возрасте 36-68 лет (средний возраст 53,8±11,4), оценили выраженность клинических симптомов, исследовали функцию внешнего дыхания (ФВД): объем форсированного выдоха за 1 секунду (ОФВ1, %). Толерантность к физической нагрузке оценивалась с помощью шестиминутного теста с ходьбой (6МТ). Качество жизни (КЖ) оценивали с помощью общего (SF-36) и специфического опросников (AQ-20). Группа вмешательства состояла из 71 пациентов, а 65 человек составили группу контроля. Основу вмешательства составила программа реабилитации с образовательным компонентом. В результате обучения пациенты осваивал навыки необходимые для контроля болезни. Повторное исследование было проведено через 12 месяцев после вмешательства. Результаты: под влиянием программы реабилитации с образовательным компонентом у больных группы вмешательства отмечена редукция клинических симптомов (p<0,05) а также возрос показатель ОФВ1 (Δ-3,6%; p<0,05). Возросли такие показатели качества жизни как социальная активность (+22,3%; p<0,05), физическое (+34,6%; p<0,05) и эмоциональное (43,1%; p<0,05) функционирование, психосоциальный статус пациента (16,3%; p<0,05). Толерантность к физической нагрузке возросла на 17,2% (p<0,05). Выводы: программа реабилитации с образовательным компонентом для больных ХОЗЛ является эффективным методом вмешательства, оказывающим положительное влияние как на клиническое течение болезни, показатели вентиляции так и на толерантность к физической нагрузке и качество жизни больных ХОЗЛ.

587. КЛИНИКО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ ХОБЛ В ПОЖИЛОМ И СТАРЧЕСКОМ ВОЗРАСТЕ

Верлан Н.В.-1, Бессонова Л. О.1,2, Волчкова Н.А.-2, Стеценко Л.К.-2, Лемзякова В.П.-2
Иркутский ГИДУВ-1, Госпиталь ветеранов войн-2

Цель: Оценить информативную значимость некоторых методов диагностики хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ) у пациентов в пожилом и старческом возрасте.
Материалы и методы: Дизайн – проспективное исследование клинических ситуаций у лиц старше 75 лет, страдающих ХОБЛ II-III-IV ст. Использовались данные стандартного клинического обследования, спирометрия с тестом бронходилатации, пикфлоуметрия, ЭКГ, ЭХО-КГ, пульсоксиметрия, шестиминутная шаговая проба.
Результаты: Проанализировано 78случаев, из них 63-мужчин, 15- женщин. Для уточнения диагноза и степени тяжести состояния у всех больных использовались перечисленные методы диагностики и динамического наблюдения, кроме теста с шестиминутной ходьбой. Шестиминутная шаговая проба назначена и реализована всего у 42

пациентов(54%) в связи с наличием поражения органов костно-суставной системы (ДОА, остеохондроз позвоночника, посттравматические изменения суставов нижних конечностей, использование дополнительных средств опоры-трости, костыли). Выводы: Шестиминутная шаговая проба при ХОБЛ у пожилых пациентов является низко воспроизводимым тестом для оценки функционального класса, что обусловлено наличием сопутствующей патологией опорно-двигательного аппарата, препятствующей полноценному проведению теста.

588. ХОБЛ – ШКОЛА ДЛЯ ВРАЧЕЙ ТЕРАПЕВТОВ ПЕРВИЧНОГО ЗВЕНА

Горблянский Ю.Ю.-1, Томилина С.А.-2, Бабичева Н.Е.-3
РостГМУ,ЦВМиР №2, Ростов-на-Дону - 1, фармкомпания «GSK», Южный регион - 2

Цель исследования: оценить эффективность образовательной программы «ХОБЛ-школа» для врачей первичного звена в дополнительном профессиональном образовании и субъективное отношение врачей к данной форме обучения. Материалы и методы: на базе городских поликлиник г. Ростова-на-Дону под патронажем фармкомпании «GSK» проведено обучение 50 терапевтов первичного звена по специально разработанной программе. Выполнены тестовый контроль знаний до и после обучения, а также анкетирование врачей по изучению их мнения об обучающей методике. Методический блок включал лекции, семинар, клинический разбор больных, семинар-дискуссию. Результаты: установлено, что до обучения «отличные знания» определялись у 10%, «хорошие» у 30%, «удовлетворительные» у 20% врачей, остальные врачи нуждались в повышении уровня знаний по данной проблеме. В конце обучения количество врачей имеющих «хорошие знания» увеличилось (36%). Наилучшую субъективную оценку врачей получили клинические разборы больных, семинар-дискуссия и обсуждение вопросов, связанных со стандартизацией медицинских услуг в амбулаторно-поликлинических условиях. Заключение: разработанная образовательная программа может быть использована в повышении квалификации врачей по проблеме ХОБЛ. Освещение прикладных аспектов требует дальнейшего совершенствования.

589. ВЗАИМОСВЯЗЬ ЭНДОГЕННЫХ И ЭКЗОГЕННЫХ ФАКТОРОВ В ФОРМИРОВАНИИ ХОБЛ

Сеитова Г.Н.-1, Емельянович О.П.-1, Букреева Е.Б.-1, Пузырев В.П.-1,2
ГОУВПО «Сибирский государственный медицинский университет Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию», Томск - 1, НИИ медицинской генетики ТНЦ СО РАМН, Томск - 2

Цель: Оценить взаимосвязь некоторых полиморфизмов 5 генов-кандидатов ХОБЛ: генов фактора некроза опухолей-альфа (TNF), интерлейкина-8 (IL8), гена макрофагального протеина, ассоциированного с естественной резистентностью (NRAMP1) и группы генов конститутивных синтаз оксида азота (NOS1 и NOS3) с наличием в анамнезе воздействия экзогенных факторов риска (табакокурение и профессиональные вредности). Материал и методы: Всего было обследовано 445 человек: русские (n=261), из них 72 больных, 189 контроль и сибирские татары (n=184) - 50 больных, 134 контроль. ДНК выделялась из венозной крови, детекция полиморфизма проводилась с помощью ПЦР и рестрикционного анализа. Результаты: Связь генетических маркеров с воздействием экзогенных факторов была установлена только у татар. Показана ассоциация полиморфизма -308G/A гена TNF с табакокурением: курящие больные в 3 раза более часто по сравнению с курящими представителями контрольной группы являются AG гетерозиготными носителями. Возможно, у носителей данного генотипа снижена резистентность дыхательных путей к воздействию табачного дыма, и как следствие, имеется более «благоприятный фон» для развития ХОБЛ. Кроме того, установлена связь

А аллеля VNTR полиморфизма и Т аллеля полиморфизма 894G/T гена NOS3 с наличием в анамнезе факта воздействия профессиональных вредностей. Оба этих аллеля отвечают за пониженный синтез NO эндотелиальной синтазой оксида азота, что приводит в итоге к нарушению регуляции бронхиального тонуса, цилиарного транспорта, а также снижению местного иммунитета. Возможно, именно этим фактом можно объяснить большую чувствительность носителей данных аллелей к воздействию воздушных поллютантов. Заключение: В результате проведенного исследования была показана роль генов TNF и NOS3 в формировании ХОБЛ у сибирских татар.

590. ВНЕБОЛЬНИЧНАЯ ПНЕВМОНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ОБОСТРЕНИЕМ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ

Шендерук Т.В.
ГУ Дальневосточный научный центр физиологии и патологии дыхания СО РАМН

Цель: определить роль инфекционного агента у пациентов с внебольничной пневмонией (ВП) на фоне обострения хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ). Материалы и методы: обследовано 80 пациентов с обострением ХОБЛ, у 48 из них выявлена ВП, что подтверждено традиционным рентгенологическим и компьютерно-томографическим обследованием. Исследовали кровь, мокроту, бронхоальвеолярный лаваж с целью верификации возбудителя. Результаты: все пациенты с обострением ХОБЛ были разделены на 3 группы: I- легкое течение (n=18), II- средней степени тяжести (n=42), III- тяжелое течение (n=20). ВП в I-группе выявлена у 11% пациентов, во II-группе у 62%, в III-группе у 27%. Наиболее частыми возбудителями у пациентов I-группы явились: Haemophilus influenza, Chlamydia pneumonia, II-группы: Streptococcus pneumonia, Streptococcus SPP, III-группы: Staphylococcus aureus, Klebsiela SPP. Наиболее частым исход обострения ХОБЛ в виде ВП наблюдался у пациентов II-группы (62%), а наиболее тяжелое течение ВП у пациентов III-группы. Заключение: у пациентов с обострением ХОБЛ частым осложнением является ВП, причем степень ее тяжести тесно коррелирует со степенью тяжести ХОБЛ. Наиболее частые возбудители ВП являются патогенами в развитии обострения ХОБЛ.

591. АССОЦИАЦИЯ C/T ПОЛИМОРФИЗМА ГЕНА NOS1 С УРОВНЕМ АКТИВНОСТИ ПРОТЕИНАЗ И ИХ ИНГИБИТОРОВ В СЫВОРОТКЕ КРОВИ И МОКРОТЕ У БОЛЬНЫХ ХОБЛ

Сеитова Г.Н.-1, Емельянович О.П.-1, Букреева Е.Б.-1, Пузырев В.П.-1,2
ГОУВПО «Сибирский государственный медицинский университет Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию», Томск - 1, НИИ медицинской генетики ТНЦ СО РАМН, Томск - 2

Цель: Изучить ассоциацию полиморфизма C/T гена нейрональной синтазы оксида азота (NOS1) с активностью протеиназ и их ингибиторов в сыворотке крови и мокроте у больных ХОБЛ. Материал и методы: Всего было обследовано 445 человек: русские (n=261), из них 72 больных, 189 контрольная группа и сибирские татары (n=184) - 50 больных, 134 контрольная группа. Исследование активности протеиназ (эластазы, трипсиноподобных протеиназ (ТПП)) и их ингибиторов (α1-протеиназный ингибитор (α1-ПИ), α2-макроглобулина, кислотостабильных ингибиторов) в сыворотке крови и мокроте в период обострения и клинической ремиссии ХОБЛ проводилось с помощью стандартных методик. ДНК выделяли по стандартной методике из лимфоцитов периферической крови. Исследование полиморфизма C/T гена NOS1 проводили с помощью полимеразной цепной реакцией с последующей рестрикцией. Результаты: Связь C/T полиморфизма гена NOS1 с количественными признаками, а именно, с показателями активности протеаз в мокроте установлена только в русской этнической группе. У

носителей СС генотипа отмечается в среднем более высокая активность эластазы и ТПП в мокроте в период обострения заболевания ($p<0,05$), тогда как активность эластазы и ТПП в мокроте у носителей СТ и ТТ генотипов приближена к нормальным показателям. Хотя полученные данные статистически незначимы ($p>0,05$), необходимо принять во внимание тот факт, что у носителей СС генотипа в период обострения ХОБЛ активность ингибиторов протеаз α1-ПИ и α2-макроглобулина остается практически без изменений (не повышается). Заключение: Полученные результаты позволяют сделать вывод, что С/Т аллельный вариант гена NOS1 играет роль в патогенезе ХОБЛ у русских, ассоциируясь с дисбалансом в системе протеиназы/ингибиторы протеиназ за счет повышения активности первых.

592. АНАЛИЗ АССОЦИАЦИЙ ПОЛИМОРФИЗМА -308G/A ГЕНА TNF С БИОХИМИЧЕСКИМИ ПОКАЗАТЕЛЯМИ СЫВОРОТКИ КРОВИ И МОКРОТЫ У БОЛЬНЫХ ХОБЛ

Сеитова Г.Н.-1, Емельянович О.П.-1, Букреева Е.Б.-1, Пузырев В.П.-1,2
ГОУВПО «Сибирский государственный медицинский университет Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию», Томск - 1, НИИ медицинской генетики ТНЦ СО РАМН, Томск - 2

Цель: Оценить взаимосвязь полиморфизма -380G/A гена фактора некроза опухолей альфа (TNF) с биохимическими показателями сыворотки крови и мокроты у больных ХОБЛ. Материал и методы: В исследовании принимали участие 122 больных ХОБЛ: 50 - сибирские татары и 72 – русские. Исследование включало: определение активности протеиназ (эластаза (Э), трипсиноподобные протеиназы (ТПП)), ингибиторов протеиназ (α1-ПИ, α2-макроглобулина, кислотостабильных ингибиторов (КСИ)) в сыворотке крови и мокроте в период обострения и в период клинической ремиссии ХОБЛ. ДНК выделялась из венозной крови, детекция полиморфизма проводилась с помощью ПЦР и рестрикционного анализа. Результаты: Установлена ассоциация аллеля А в гомо- и гетерозиготном состоянии с более низкими средними показателями активности протеаз в период обострения ХОБЛ (ТПП в крови и мокроте и Э только в мокроте) ($p<0,05$). Кроме того, с этим же аллелем связана более низкая активность ингибиторов протеаз α1-ПИ и α2-МГ ($p>0,05$) в мокроте в период обострения заболевания. У татар, наоборот, носители GG генотипа имеют более высокую активность протеаз (ТПП и Э) в сыворотке крови в период ремиссии заболевания ($p<0,05$). Заключение: Суммируя полученные результаты, можно сделать вывод, что полиморфизм -308G/A гена TNF играет значимую роль в формировании ХОБЛ у русских. Возможно именно с этим аллельным вариантом связан изначальный (врожденный?) дисбаланс в системе протеиназы/антипротеиназы.
У сибирских татар однозначно утверждать о функциональной значимости GG генотипа -308G/A полиморфизм в отношении ХОБЛ в данной ситуации нельзя, так как показатели мокроты (Э и ТПП) в период клинической ремиссии болезни, которые более достоверно отражают течение воспалительного процесса в бронхиальном дереве, находятся в пределах нормальных показателей.

593. КОРРЕЛЯЦИЯ АНТРОПОМЕТРИЧЕСКИХ ДАННЫХ С КЛИНИКО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫМИ ПРОЯВЛЕНИЯМИ ХОБЛ.

Ливерко И.В., Убайдуллаева К.М., Абдуллаева Ф.А.
НИИ фтизиатрии и пульмонологии МЗ РУз, Узбекистан, Ташкент

Цель: Оценить значение антропометрических данных и их производных у больных ХОБЛ в прогнозе утяжеления заболевания. Материал: У 55 больных ХОБЛ с различными степенями тяжести изучены антропометрические параметры и их производные: индекс Кетле (ИК), абдоминальный индекс (АИ), соотношение объема запястья к объему плеча

(ОЗ/ОП), оценены функциональные параметры ОФВ1 и по дискриминантному уравнению рассчитан синдром утомления диафрагмы и респираторных мышц (Перельман Ю.М. с соавт., 1998). Результаты: Отмечена зависимость выраженности функциональных нарушений от антропометрических параметров больного ХОБЛ. С утяжелением степени бронхиальной обструкции с 76,7±3,4% до 26,6±2,1% у больных ХОБЛ нарастает частота встречаемости синдрома утомления диафрагмы и респираторных мышц с 50% до 100%. Установлена положительная корреляционная связь между ОФВ1 и индексом Кетле ($r=0,41$; $n=45, p<0,05$) и значениями дискриминантного уравнения ($r=0,80$; $n=45, p<0,01$) и отрицательная корреляционная связь между ОФВ1 и соотношением ОЗ/ОП ($r=-0,37; n=45, p<0,05$) и соотношением ОЗ/ОП и значениями дискриминантного уравнения ($r=-0,38; n=45, p<0,05$). Таким образом, снижение массы тела у больных ХОБЛ обуславливает утяжеление функциональных показателей и определяет неблагоприятный прогноз течения ХОБЛ.

594. СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ДЛИТЕЛЬНОГО ПРИМЕНЕНИЯ КОМБИНИРОВАННЫХ ПРЕПАРАТОВ ПРИ ХОБЛ

Безлепко А.В.1, Коповая Н.Ю. 1, Безлепко Е.А. 2
1-ГВКГ им.Н.Н.Бурденко, Москва, 2- 173 РЭБ КЭУ, Москва

Цель работы: изучить эффективность длительного применения комбинированных препаратов в виде базисной терапии ХОБЛ тяжелого течения. Под наблюдением находится 71 больной тяжелой стадией ХОБЛ. Из них 27 (38%) больных в качестве базисной терапии получали серетид-мультидиск в дозе 50/250 мкг 2 дозы в сутки, 19 (26,8%) больных - симбикорт в дозе 4,5/160 мкг 2 дозы в сутки, группа сравнения 25 (35,2%) больных получали терапию бронхолитиками короткого и длительного действия. При сопоставлении в начале лечения группы не различались между собой ($p>0,05$). Терапия проводилась в течение пяти лет. В первые месяцы лечения у всех больных выявлено достоверное ($p<0,05$) уменьшение одышки, улучшение SaO2, ОФВ1 и качества жизни, которое оценивалось по опроснику SGRQ. При сравнении групп в базисном лечении которых использовались серетид-мультидиск и симбикорт не выявлено достоверного различия ($p>0,05$) между сопоставляемыми показателями, а также количеством обострения ХОБЛ, тогда как в группе сравнения эти показатели были достоверно ниже ($p<0,05$). За пятилетний период смертность в основной группе составила 1 (2,2%) больной, тогда как в группе сравнения, не принимавших комбинированных препаратов - 4 (16%) больных. Таким образом, постоянная базисная терапия серетидом-мультидиском и симбикортом в тяжелой стадии ХОБЛ позволяет уменьшить клинические симптомы, количество обострений, смертность и улучшить качество жизни больных.

595. ЭФФЕКТИВНОСТЬ ДЛИТЕЛЬНОГО ПРИМЕНЕНИЯ СЕРЕТИДА-МУЛЬТИДИСКА У БОЛЬНЫХ ХОБЛ

Безлепко А.В.1, Захарова Н.К. 2, Безлепко Е.А. 3
1- ГВКГ им.Н.Н.Бурденко, Москва, 2- 9ЛДЦ МО РФ, Москва, 3- 173 РЭБ КЭУ, Москва

Цель работы: изучить эффективность длительного применения серетида-мультидиска в качестве базисной терапии больных тяжелой стадией ХОБЛ. Под наблюдением находится 52 больных с тяжелым течением ХОБЛ. Из них, основная группа 27 (51,9%) больных получали терапию серетидом-мультидиском (50/250) по 1 дозе 2 раза в день, группа сравнения 25 (48,1%) больных получали терапию бронхолитиками короткого и длительного действия. При сопоставлении группы не различались между собой ($p>0,05$). Терапия проводилась в течение 5 лет. В ходе наблюдения у всех больных в первые шесть месяцев лечения выявлено достоверное ($p<0,05$) уменьшение одышки, улучшение SaO2, ПСВ, ОФВ1 и качества жизни (SGRQ), при сравнении с исходными показателями.

Однако, у больных основной группы данные показатели были лучше (p<0,05), чем в группе сравнения. Количество обострений легкой и средней степени тяжести, а также количество госпитализаций по поводу обострения ХОБЛ в группе, длительно принимавших серетид-мультидиск было значительно меньше (p<0,05), чем в группе сравнения. Таким образом, длительное применение серетида-мультидиска при тяжелой ХОБЛ позволяет уменьшить клинические симптомы, количество обострения заболевания и улучшить качество жизни.

596. ИССЛЕДОВАНИЕ ДЕФИЦИТА АЛЬФА-1 АНТИТРИПСИНА У ПАЦИЕНТОВ С ХОБЛ В КЫРГЫЗСКОЙ ПОПУЛЯЦИИ

Сыдыкова С. Ж.-1, Алымбаева М.-1, Бримкулов Н.Н.-2
Кыргызско-Российский Славянский Университет-1, ОО "Легочное здоровье"-2

Цель: Изучить клинические, лабораторно-инструментальные особенности дефицита альфа-1 антитрипсина (ААТ) у пациентов с ХОБЛ в кыргызской популяции
Материалы и методы: Планируется обследование 200 пациентов. На данный момент получены результаты 24 пациентов - 8,5 лет) кыргызов (15 мужчин и 9 женщин, средний возраст 56,4 верифицированным диагнозом ХОБЛ (по критериям GOLD, 2006), без сопутствующей тяжелой патологии. Обследование включало физикальное, общеклиническое лабораторное обследование, исследование функции внешнего дыхания, рентгенологическое исследование органов грудной клетки, определение уровня ААТ в сыворотке крови турбидиметрическим методом с использованием набора α-1-Антитрипсин фирмы SPINREACT (Испания). Тяжесть клинических проявлений оценивалась в баллах. Контрольную группу здоровых лиц составили 11 человек, (средний возраст 24,45±1,85 лет). Результаты: Уровень ААТ у варьировал от 66 мг/дл до 308 мг/дл, в среднем составив 171,84, (в норме концентрация ААТ составляет 90-270 мг/дл). Дефицит ААТ выявлен у одного пациента (тяжесть клинических проявлений составила 13 баллов), пограничный уровень – у троих пациентов. Тяжесть клинических проявлений в обследуемой группе в баллах варьировала от 6 до 15 баллов. Уровень ААТ у здоровых лиц варьировал от 36,8 мг/дл, до 172 мг/дл, средний уровень составил 236,0 по сравнению с группой пациентов ХОБЛ. Заключение: Первые результаты исследования показали достоверно более низкий уровень ААТ у пациентов-кыргызов с ХОБЛ по сравнению с контрольной группой здоровых лиц. Выявлены случаи дефицита ААТ, подтверждая гипотезу о глобальной распространенности дефицита ААТ.

597. СОСТОЯНИЕ ИММУНИТЕТА У БОЛЬНЫХ С ХОБЛ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ИЗМЕНЕНИЯХ В БРОНХАХ

Никуличева В.И., Михалева О. О., Вагапова Д.Р.
Башкирский государственный медицинский университет, г. Уфа

Цель исследования: Изучить состояние гуморального и клеточного звена иммунитета у больных с ХОБЛ при различных изменениях в бронхах по результатам бронхоскопии. Материал и методы исследования. Обследовано 58 пациентов с ХОБЛ. Всем больным проведены бронхоскопия, спирометрия, общеклинические обследования, включая иммунограмму (ИГ). Контроль: 30 практически здоровых человек. Результаты: По данным бронхоскопии больные были распределены на следующие группы: I группа 8,8%, у которых отсутствовали какие-либо изменения в бронхах, среди них в большинстве случаев по данным спирометрии выявлена I ст. ХОБЛ. II группа 58,6% с явлениями катарального эндобронхита в основном с I и II ст. ХОБЛ. III группу составили 32,6% с атрофическим эндобронхитом, среди них преобладали больные с IIIст. ХОБЛ. При анализе некоторых показателей ИГ среди пациентов с ХОБЛ, по сравнению с контролем в зависимости от патологических изменений в бронхах, были получены следующие

результаты. В I группе различий по сравнению с контролем не выявлено. Во II группе определялось достоверное повышение уровня лейкоцитов с 5,80±0,3*109/л в контроле до 9,69±0,75*109/л (p<0,001). В III группе отмечалось увеличение фагоцитарного индекса с 44,2±2,2% в контроле до 50,38±3,67%, снижение активности миелопероксидазы с 0,8±0,1 до 0,41±0,3 и снижение ЦИК с 46,6±3,5 до 33,0±2,4 (p<0,001). Показатели CD3, CD4 были достоверно повышены во всех группах, а CD16 достоверно понижены.
Выводы: Катаральные проявления в бронхах сопровождаются лейкоцитозом без характерных изменений ИГ. Атрофические изменения и функциональная несостоятельность бактерицидных свойств мерцательного эпителия, увеличивают микробную нагрузку на организм, проявляющуюся увеличением функциональной активности нейтрофилов и активацией клеточного звена иммунитета.

598. РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ В ЧУВАШСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ

Павлов П.И. -1, Головин А.В. -1, Кичигин В.А. -2, Павлов И.П. -1, Шишкина Н.С. -1, Филиппов В.И. -1, Михайлова О.В. -1
ГУЗ "РКБ №1" -1, Чувашский государственный университет им И. Н. Ульянова -2.

Цель: изучить распространенность ХОБЛ в ЧР. Методы исследования: проанализированы отчетные данные ЦРБ и городских ЛПУ за 2006 год. Результаты: распространенность ХОБЛ колебалась от 0,18 до 4,85 %, а в целом по ЧР составила 1,77% от общей численности населения. Отмечается тенденция к росту заболеваемости ХОБЛ в республике: число впервые выявленных случаев ХОБЛ в 2004 году составило 0,8%, в 2005 г. – 0,9%, в 2006 г. – 1,0%. В сравнении с данными по России, где распространенность ХОБЛ в 2005 г. составила 0,53% и в Приволжском Федеральном округе (0,63%), в ЧР заметно лучше ситуация с выявлением ХОБЛ (1,77%), так как по данным эпидемиологических исследований распространенность ХОБЛ на территории России не имеет значительных колебаний. Эти данные близки к данным ВОЗ, по которым распространенность ХОБЛ составляет 1%, а в странах с высоким распространением курения – до 6 – 10%. ХОБЛ – частая причина временной и стойкой утраты трудоспособности. В ЧР инвалидность имели 9% больных ХОБЛ (из-за несвоевременной обращаемости ХОБЛ диагностируется лишь на поздних, тяжелых стадиях). Больше всего доля инвалидов в районах с низкой распространенностью ХОБЛ, то есть в данных районах регистрируются в основном пациенты с тяжелой степенью заболевания. Одной из причин поздней диагностики ХОБЛ является низкая обращаемость больных, которые на прием приходят при среднетяжелой стадии заболевания.
Заключение: в отдельных районах Чувашии имеет место недостаточная диагностика ХОБЛ, в основном за счет редкого выявления легких форм заболевания. Для улучшения диагностики врачам необходимо на приеме использовать простейшие опросники для выявления ХОБЛ, больных с факторами риска направлять на исследование функции внешнего дыхания.

599. СВЯЗЬ УРОВНЕЙ ДЕГИДРОЭПИАНДРОСТЕРОНА СУЛЬФАТА И КОРТИЗОЛА С КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫМИ ПОКАЗАТЕЛЯМИ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ

Михайлова О. В. -1, Мадянов И.В. -1, Кичигин В.А. -2
ГУЗ "РКБ №1" -1, Чувашский государственный университет им И. Н. Ульянова -2.

Цель исследования. Изучить содержание в крови кортизола (К) и дегидроэпиандростерона сульфата (ДГЭАС) у больных ХОБЛ. Материалы и методы. Обследовано 80 больных с ХОБЛ. Проводили клиническое обследование, изучали функцию внешнего дыхания, определяли в крови уровни К и ДГЭАС. Группа сравнения

составлена из 45 здоровых жителей Чувашии. Результаты. У пациентов с ХОБЛ уровень ДГЭАС в крови составил 1,25±0,14 против 3,19±0,19 мкг/мл в группе сравнения (p<0,001), уровень К – 496,3±24,5 против 424,4±22,8 нмоль/л (p<0,05). Низкие уровни ДГЭАС отмечены у 57% пациентов с ХОБЛ.
Уровень ДГЭАС в группе пациентов с тяжелой степенью ХОБЛ составил 0,67±0,10 мкг/мл и был значительно ниже, чем в группах со среднетяжелой (1,47±0,20 мкг/мл, p<0,001) и с легкой (1,96±0,20 мкг/мл, p<0,001) степенями заболевания.
Уровень К, напротив, несколько возрастал пропорционально тяжести заболевания и составил при легкой степени ХОБЛ – 399,2±89,9 нмоль/л, при среднетяжелой - 504,7±29,5 нмоль/л и при тяжелой степени –512,0±48,4 нмоль/л. У больных ХОБЛ с низким уровнем ДГЭАС был достоверно выше стаж заболевания, больше выражена степень ограничения физической нагрузки по результатам теста с 6-минутной ходьбой, ниже сатурация артериальной крови и основные показатели функции внешнего дыхания (ОФВ1, ПОС, индекс Тиффно). У больных с обострением ХОБЛ содержание ДГЭАС было ниже, а К выше чем у пациентов без обострения болезни. В динамике лечения существенных изменений в содержании гормонов не произошло. Выводы. У больных ХОБЛ наблюдается снижение уровня ДГЭАС и повышение уровня К в крови, что ассоциируется с тяжестью ХОБЛ. Более показательными являются изменения ДГЭАС.

600. АЛЬТЕРНАТИВНАЯ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ ХОБЛ?

Пронина Е. Ю., Визель А.А.
Казанский государственный медицинский университет

Цель: сравнить влияние ИКС и альтернативных препаратов на течение ХОБЛ
Метод: 107 больных ХОБЛ в течение 3 мес. получали лечение в соответствии с принятыми стандартами. Ретроспективно они были разделены на 2 группы, сопоставимые по полу, возрасту, тяжести, выраженности одышки, частоте кашля и выделения мокроты. Средние значения показателей ФВД в обеих группах соответствовали ХОБЛ средней степени тяжести. В первой группе (n=54) исходно было больше пациентов в обострении (p<0,05), с профессиональной вредностью (p<0,01) и курящих (p<0,001). Они чаще получали теофиллин (p<0,01) и фенспирид (p<0,001). Пациенты второй группы (n=53) чаще получали ИКС (p<0,01). Результаты: в группе ИКС снизилась частота кашля (92,5 - 75,5% p<0,05) и выделения мокроты (67,9 - 45,3% p<0,05). Увеличилась ЖЕЛ с 79,13±2,94 до 85,78±3,21%д.в. (p=0,011). В первой группе снизилась частота обострений (34,8 - 0% p<0,001), одышки (74,1 - 51,9% p<0,05), кашля (96,3 - 81,5% p<0,05) и выделения мокроты (72,2 - 27,8% p<0,001). Увеличились значения ОФВ1 с 57,21±2,37 до 63,70±2,86%д.в.(p=0,002), ОФВ1/ФЖЕЛ с 63,92±2,06 до 66,32±2,18%д.в.(p<0,05), ПОС 56,53±3,32 до 62,88±2,97%д.в.(p=0,007). СОЭ снизилась с 10,31±1,04 до 8,22±0,78мм/ч (p=0,001). При сравнении групп между собой получено, что через 3 месяца в первой группе было достоверно больше пациентов в стабильном состоянии (<0,01), а также лиц, не выделяющих мокроту при кашле (<0,05). Значения показателей ФВД достоверно не различались. Вывод: применение теофиллина в лечении ХОБЛ, в т.ч. при обострении в схеме альтернативной противовоспалительной терапии привело к достоверному уменьшению числа обострений за 3-месячный период, а также к снижению продукции мокроты по сравнению с ИКС. Причиной этому может быть также синергизм противовоспалительных препаратов.

601. ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ В КРУПНОМ ПРОМЫШЛЕННОМ ЦЕНТРЕ ЗАПАДНОЙ СИБИРИ.

Багишева Н. В., Овсянников Н.В., Гершевич В.М.
ОГКБ №1 им. Кабанова А.Н., г.Омск

Цель: изучение распространенности хронической обструктивной патологии органов дыхания (ХОБЛ и БА) в Омской области на основании комплексного анализа данных статистических отчетов и патолого-анатомических исследований. Материалы и методы: Заболеваемость ХОБЛ и БА получена из ежегодных информационных сборников основных показателей медицинского обеспечения. Изучены материалы 1121 протокола аутопсий за 2005 год одной из прозектур г. Омска. Проведен анализ клинического и патолого-анатомического диагнозов на предмет наличия или отсутствия ХОБЛ или БА в качестве основного или сопутствующего заболеваний с учетом макро и микроскопической картины. Результаты: Согласно статистическим данным численность населения Омской области в 2005 году 2034635 человек. По обращаемости - 29648 человек, страдающих ХОБЛ и БА, что составляет 1,45%. Заболеваемость ХОБЛ в возрастной группе от 0 до 17 лет - 0,05%, следовательно, вероятность развития ХОБЛ у детей, проживающих на экологически неблагоприятных территориях достаточно высока. По материалам аутопсий установлено, что признаки хронической патологии бронхов были обнаружены в 25,5% случаев, причем у данной категории клинический диагноз был подтвержден морфологически. В 8,12% протоколов - ХОБЛ только в клиническом диагнозе. Вероятно, это пациенты с начальной стадией ХОБЛ, когда имеются только функциональные изменения.11,42% протоколов –ХОБЛ только в патологоанатомическом диагнозе. Выводы: 1.Распространенность ХОБЛ и БА в Омской области по обращаемости (1,46%) отличается от данных патолого-анатомических исследований (не менее 25,6%) в 17,66. 2. Полученные данные могут быть использованы при планировании диспансеризации населения, оснащения медицинским оборудованием, профилактических мероприятий, обеспечения медикаментами.

602. СВЯЗЬ BODE-ИНДЕКСА С ПОКАЗАТЕЛЯМИ ПРОТЕИНАЗ/АНТИПРОТЕИНАЗНОЙ СИСТЕМЫ БРОНХИАЛЬНОГО РЕГИОНА ПРИ ХОБЛ

Санжаровская М.С., Варвянская Н.В., Будкова А.А., Ямкина Н.С., Печеркина И.Н., Смотрова А.А., Акбашева О.Е., Рослякова Е.П., Черногорюк Г.Э.
ГОУ ВПО Сибирский государственный медицинский университет Росздрава, Томск

Цель – исследование влияния протеиназ/антипротеиназной системы бронхиального региона на прогностический показатель – BODE-индекс при ХОБЛ. Материалы и методы: у 53 пациентов с ХОБЛ 2-4 стадии, в индуцированной мокроте определялись содержание протеиназ и антипротеиназ, количественные параметры которых, непараметрической корреляцией сопоставлялись с величиной BODE-индекса. Результаты. Выявлена прямая зависимость величины BODE-индекса от количества нейтрофильной эластазы и трипсиноподобных ферментов в отделяемом бронхиального дерева ($r=0,48$; $p=0,004$; $r=0,61$; $p=0,0001$), соответственно. Одновременно обнаружено влияние на величину BODE-индекса антипротеиназных факторов, большая концентрация которых, в индуцированной мокроте соответствовала меньшей величине этого прогностического критерия ($\alpha 1$- протеиназный ингибитор – $r=-0,37$; $p=0,02$; $\alpha 2$-макроглобулин – $r=-0,64$; $p=0,0001$). Исследование показало, что соотношение BODE-индекса и показателей протеиназы-антипротеиназы бронхиального региона имели однонаправленную связь, как при обострении, так и в стабильный период. Дисбаланс протеиназ/антипротеиназной системы увеличивает деструктивный потенциал воспаления, конечными клиническими проявлениями которого являются критерии, входящие в индекс BODE: бронхообструкция (ОФВ1), потеря массы тела (боди-масса), нарушение вентиляции легких и диффузии газов (одышка), снижение толерантности к физической нагрузке (6MW-test). Заключение: таким образом, величина BODE-индекса, как прогностического показателя выживаемости пациентов с ХОБЛ связана с количественными характеристиками протеиназ-

антипротеиназной системы в бронхиальном регионе. Значение BODE-индекса возрастает при высокой концентрации нейтрофильных протеиназ и низкой активности протеиназных ингибиторов.

603. ПРИМЕНЕНИЕ РАСТВОРА БУДЕСОНИДА У БОЛЬНЫХ ХОБЛ В ЛЕЧЕНИИ ОБОСТРЕНИЙ

Сергеева В.П., Иваногло Н.М., Типикин В.А.
ГОУ ДПО Пензенский институт усовершенствования врачей Росздрава

Цель исследования: Оценить клиническую эффективность раствора будесонида (Бенакорта) для применения через небулайзер у больных с обострением ХОБЛ средней и тяжелой степени тяжести.Материалы и методы: Проведено исследование у 36 больных ХОБЛ (М-36, средний возраст 59±3 лет), которые были разделены на 2 группы: 1 группе (n= 26) проводилось лечение обострения ХОБЛ раствором Бенакорта для небулайзера (2,0-4,0 мг/сут) в течение 14 дней; 2 группе (n=10) - терапия плацебо. Всем больным назначались муколитики, бронхорасширяющие препараты (беродуал, сальгим), антибактериальные препараты и кислород (при SpO2 < 94%). Критерии включения больных: обострение ХОБЛ; ОФВ1 < 50%; больные, не получавшие ГКС системного действия в течение 3 недель до обострения ХОБЛ. Оценивались клиническая картина заболевания (выраженность симптомов в баллах: наличие и выраженность кашля, мокроты, одышки, аускультативная картина в легких), данные исследования ФВД (ОФВ1), пульсоксиметрия.Результаты исследования: уменьшение количества клинической симптоматики отмечалось в течение всего срока лечения обострения в 1 и 2 группах: баллы симптомов составили соответственно 2,2±0,7 и 4,4±0,5 ($p<0,05$ разница между группами и разница между исходным и полученным значением). Терапия раствором Бенакорта приводила к более выраженному по сравнению с контрольной группой возрастанию ОФВ1 у больных с 3-го дня лечения, прирост ОФВ1 в 1 группе - 200 мл, во 2 группе – 115 мл ($p<0,05$). В течение всего периода лечения раствором Бенакорта у больных не было отмечено каких-либо побочных эффектов. Выводы: Использование раствора Бенакорта через небулайзер в лечении больных ХОБЛ со средним и тяжелым обострением приводит к более быстрому купированию клинических симптомов и улучшению бронхиальной проходимости.

604. ОПЫТ РАБОТЫ «ШКОЛЫ ПАЦИЕНТОВ С ХОБЛ»

Токарева З.Н., Евдокимова А.А., РафиновВ.В. , Ерманова А.А., Жирнова Е.А.
Министерство здравоохранения и социального развития Чувашской республики, МУЗ «Чебоксарская ЦРБ», отделение общей врачебной практики Ишакской СВА.

В настоящее время около 600 миллионов человек в мире страдают хронической обструктивной болезнью легких. Это второе по распространенности неинфекционное заболевание в мире. Смертность от этого серьезного заболевания постоянно растет. По прогнозам Всемирной Организации Здравоохранения к 2020 году ХОБЛ будет занимать 5 место среди всех причин смертности. Одним из современных методов первичной профилактики заболеваний органов дыхания является организация работы «Школы пациентов с ХОБЛ». В МУЗ «Чебоксарская ЦРБ» в отделении общей врачебной практики Ишакской СВА с 01.02.04г. организована и функционирует Школа для пациентов, страдающих хронической обструктивной болезнью легких. Основной целью создания Школы является улучшение качества жизни больных, выработка правильного отношения к своему здоровью, предупреждение рецидивов и прогрессирования таких заболеваний, как бронхиальная астма, хронический обструктивный бронхит, обучение больных правильному приему лекарственных средств, оказанию самопомощи в экстренных случаях. Ожидаемые результаты – уменьшение количества вызовов скорой медицинской

помощи к больным с ХОБЛ и бронхиальной астмой, снижение количества больных с тяжелыми формами заболеваний легких, их осложнений и смертности от них, снижение уровня госпитализации. Кабинет, где проводятся занятия Школы, оснащен наглядными пособиями, методической литературой, видеоаппаратурой, приборами для самоконтроля.

605. ПИЩЕВАРИТЕЛЬНЫЕ И АБСОРБЦИОННЫЕ НАРУШЕНИЯ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЁГКИХ

Акимова Л.А.-2, Белобородова Э. И.-1, Семененко Е.В.-1
ГОУ ВПО СибГМУ Росздрава, г. Томск - 1, Томский Военно-медицинский институт - 2

Цель: Изучить у больных хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ) состояние полостного пищеварения нейтрального жира и абсорбции жирных кислот в сопоставлении с тяжестью течения заболевания. Материалы и методы: У 76 больных ХОБЛ (I группа -14 больных легкой степени; II группа – 25 больных средней тяжести; III группа - 37 больных тяжелой степени) и 35 лиц контрольной группы исследована абсорбция тонкой кишки с 131I-олеиновой кислотой (10мкКи); полостное пищеварение – по 131I-триолеат-глицерину (10мкКи) и уровню фекальной эластазы-1(ELISA) методом иммуноферментного анализа. В исследование не включались больные с крайне-тяжелым течением ХОБЛ и декомпенсацией синдрома легочного сердца.
Результаты: В I группе больных выборочные средние показатели экскреции 131I-триолеат-глицерина – 3,29±0,26%; 131I-олеиновой кислоты 3,38±0,16% не имели статистически значимых отличий ($p>0,05$) по данным параметрам от лиц контрольной группы. Средний уровень эластазы-1 равен 446,94±32,88мкг/г. Во II группе больных, в сравнении с I–ой экскреция достоверно ($p=0,001$) увеличилась: 131I-триолеат-глицерина в 1,3 раза и 131I-олеиновой кислоты - в 1,5 раза. Средний уровень эластазы-1 оставался в пределах нормальных значений 364,47±22,07мкг/г. В III группе больных, в сравнении с I–ой ($p=0,001$), экскреция 131I-триолеат-глицерина увеличилась в 1,9 раза; 131I-олеиновой кислоты - в 2,1 раза. Средний уровень эластазы-1 равен 145,68±10,82мкг/г.
Выводы: У больных ХОБЛ средней и тяжелой степеней тяжести установлено нарушение полостного пищеварения нейтрального жира и абсорбции жирных кислот. При этом панкреатическая недостаточность легкой степени выявлена только при тяжелом течении ХОБЛ.

606. ДИАГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ КИШЕЧНОГО ВСАСЫВАНИЯ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЁГКИХ

Акимова Л.А.-2, Белобородова Э. И.-1, Семененко Е.В.-1
ГОУ ВПО СибГМУ Росздрава, г. Томск - 1, Томский Военно-медицинский институт – 2.

Цель: Изучить у больных хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ) состояние абсорбции жиров, белка, углеводов в сопоставлении с тяжестью течения заболевания и трофологической недостаточностью. Материал и методы: У 76 больных ХОБЛ (I группа - 14 больных легкой степени; II группа – 25 больных средней тяжести; III группа - 37 больных тяжелой степени) и 35 лиц контрольной группы исследована абсорбция тонкой кишки методами: Van de Kamer, 131I-альбумином (10мкКи), d-ксилозой. В исследование не включались больные с крайне-тяжелым течением ХОБЛ и декомпенсацией синдрома легочного сердца. У 34 больных с индексом массы тела менее 20 кг/м2,проведен корреляционный анализ между дефицитом должной массы тела и показателями абсорбции жиров, белка, углеводов. Результаты: В I группе выборочные средние показатели экскреции: жира 2,69г.±0,04; 131I-альбумина 2,64%±0,02; d-ксилозы 1,78г.±0,04 не имели статистически значимых отличий ($p>0,05$), по данным параметрам, от лиц контрольной группы. Во II группе, в сравнении с I-ой ($p=0,001$), экскреция жира увеличивалась в 1,5 раза, 131I-альбумина - в 1,2 раза, d-ксилозы –

снижалась в 1,2 раза. В III группе, в сравнении с I-ой (p=0,001), экскреция жира увеличивалась в 2 раза, 131I-альбумина - в 1,7 раза, d-ксилозы – снижалась в 1,7 раза. Установлена положительная корреляция между дефицитом массы тела и повышенной экскрецией: жира (r)=0,551; 131I-альбумина (r)=0,712; сниженной экскрецией d-ксилозы (r)=0,480, (p=0,001). Выводы: У больных ХОБЛ средней и тяжелой степеней тяжести установлен вторичный синдром нарушенного всасывания, коррелирующий с тяжестью течения заболевания. При этом абсорбционные нарушения тонкой кишки достоверно коррелируют с клиническим показателем трофологической недостаточности – дефицитом массы тела больных.

607. ИЗМЕНЕНИЕ БРОНХИАЛЬНОЙ ПРОХОДИМОСТИ И РАБОТОСПОСОБНОСТИ У БОЛЬНЫХ ХОБЛ В ПРОЦЕССЕ ДИНАМИЧЕСКОГО НАБЛЮДЕНИЯ

Колотова Е.В., Вавилова Н.Н.
ГУ Дальневосточный научный центр физиологии и патологии дыхания СО РАМН

Цель: выявить характер и темпы изменения бронхиальной проходимости у больных ХОБЛ с нарушением легочного газообмена в процессе длительного наблюдения с учетом физической работоспособности.Методы: Обследовано 19 лиц с интервалом в 15 лет. Средний возраст на момент повторного обследования составил 47±2,9 года. Дизайн исследования включал мониторинг функции внешнего дыхания и физической работоспособности больных, имеющих снижение диффузионной способности легких более, чем на 15% от должной величины. Комплексные исследования проводились на аппарате CD-Version JLAB 4.67 фирмы «Erich Jaeger» (Германия). Анализ эргоспирометрических данных проводился в процентах от должной величины с учетом возраста и антропометрических данных.Результаты: За период наблюдения у 11 человек (58%) темпы снижения ОФВ1 были больше 50 мл/год и составили 74,5±5,98 мл/год или 18% от исходного уровня ($p<0,05$). У остальных пациентов (42%) снижение бронхиальной проходимости было недостоверным и составило по ОФВ1 25,3±6,79 мл/год. Из общей совокупности обследованных выделилась когорта больных, у которых реакция бронхиальной проходимости на физическую нагрузку была неудовлетворительной, что сопровождалась снижением ОФВ1 после мышечной деятельности. У данных лиц физическая работоспособность снизилась за период наблюдения на 19% ($p<0,01$).Заключение: Динамика развития симптомов бронхиальной обструкции на более ранних этапах заболевания повлияла на снижение физической работоспособности у 60% больных с нарушением легочного газообмена.

608. ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ НИЗКОИНТЕНСИВНОЙ ЛАЗЕРНОЙ ТЕРАПИЕЙ

Рывкин А. И., Побединская Т.А.
ГОУ ВПО ИвГМА Росздрава

Цель: Изучить эффективность низкоинтенсивной лазеротерапии (НИЛИ) в комплексном лечении больных ХОБЛ в стадии обострения. Методы: Наблюдали 30 больных в возрасте 45-56 лет, со среднетяжелой ХОБЛ, распределенных на 2 группы. 1 группу составили 15 пациентов, получающих бета-2-агонисты короткого и длительного действия, муколитики, антибактериальную терапию; во 2 группу (15 человек) вошли пациенты, которым помимо базисного лечения назначалась НИЛИ (область сосудистого пучка, межлопаточное пространство, надпочечники, облучение проводилось по сканирующей методике с частотой следования импульсов 600 Гц, по 2 минуты с каждой стороны,10 сеансов). Результаты: Эффективность лечения оценивали по выраженности симптомов ХОБЛ ежедневно. У больных 2 группы уже на 5 день отмечалось клиническое улучшение.

Параллельно улучшался состав липидов клеточных мембран (нейтрофилы Хс/Фл 2,31±0,11; моноциты Хс/Фл 2,28±0,13; лимфоциты Хс/Фл 1,96±0,14), в сравнении с 1 группой (нейтрофилы Хс/Фл 3,13±0,2; моноциты Хс/Фл 3,19±0,24; лимфоциты Хс/Фл 2,65±0,15), что связано с нормализующим влиянием НИЛИ на клеточную мембрану и процессы пероксидации. Отмеченные изменения были сопряжены с маркерами активности воспалительного процесса. Заключение: Сочетание базисной терапии с лазеротерапией взаимодополняют и усиливают друг друга, позволяя быстрее достичь ремиссии ХОБЛ.

609. ОСОБЕННОСТИ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ НА ФОНЕ ЭРИТРОЦИТОЗА

Давыдкин И.Л., Степанова Т.Ю., Купаев В.И., Мишина Н.А., Рогова Е.С.
Самарский государственный медицинский университет

Хроническая гипоксия, развивающаяся при ХОБЛ, приводит к вторичному эритроцитозу, в результате чего повышается вязкость крови, нарушаются процессы микроциркуляции, что в конечном итоге еще более усугубляет гипоксию органов и тканей. Цель работы: оценить клинико-лабораторные особенности ХОБЛ на фоне эритроцитоза.Результаты: Обследовано 41 больной ХОБЛ III стадии и с признаками эритроцитоза (I группа). Группу сравнения составило 28 больных без признаков эритроцитоза с аналогичной стадией ХОБЛ (II группа). У всех больных на фоне эритроцитоза присоединилась артериальная гипертензия, а у 32 – ишемическая болезнь сердца, стенокардия напряжения II функционального класса. Все это имело статистически значимые отличия со II группой. При этом обострения ХОБЛ наблюдались 3-4 раза в год. Число эритроцитов в среднем составило 5.68*10^12/л, гемоглобина 169.6 г/л, гематокрит 49.2 %. Количество тромбоцитов было в пределах нормы, в среднем 219.3 *10^9/л. Изучение относительной вязкости крови у 16 пациентов выявило ее увеличение в 1,36 раза по сравнению со II группой .Выводы:1. ХОБЛ на фоне эритроцитоза при гематокрите 48-52% протекает тяжелее, с более частыми обострениями, с присоединением ишемической болезни сердца в более ранние сроки и артериальной гипертензией2. Увеличение относительной вязкости крови повышает риск развития тромбозов у больных ХОБЛ на фоне эритроцитоза.

610. ОПЫТ РАБОТЫ ШКОЛЫ ПАЦИЕНТОВ С ХОБЛ

Евдокимова А. А.
Минздравсоцразвития ЧР

В настоящее время около 600 миллионов человек в мире страдают хронической обструктивной болезнью легких. Это второе по распространенности неинфекционное заболевание в мире. Смертность от этого серьезного заболевания постоянно растет. По прогнозам Всемирной Организации Здравоохранения к 2020 году ХОБЛ будет занимать 5 место среди всех причин смертности. Одним из современных методов первичной профилактики заболеваний органов дыхания является организация работы «Школы пациентов с ХОБЛ». В МУЗ «Чебоксарская ЦРБ» в отделении общей врачебной практики Ишакской СВА с 01.02.04г. организована и функционирует Школа для пациентов, страдающих хронической обструктивной болезнью легких. Основной целью создания Школы является улучшение качества жизни больных, выработка правильного отношения к своему здоровью, предупреждение рецидивов и прогрессирования таких заболеваний, как бронхиальная астма, хронический обструктивный бронхит, обучение больных правильному приему лекарственных средств, оказанию самопомощи в экстренных случаях. Ожидаемые результаты: уменьшение количества вызовов скорой медицинской помощи к больным с ХОБЛ и бронхиальной астмой, снижение количества больных с тяжелыми формами заболеваний легких, их осложнений и смертности от них, снижение

уровня госпитализации. Кабинет, где проводятся занятия Школы, оснащен наглядными пособиями, методической литературой, видеоаппаратурой, приборами для самоконтроля.

611. ХОЛОДОВОЙ ВАРИАНТ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ В УСЛОВИЯХ ВЫСОКИХ ШИРОТ

Ушаков В.Ф., Славнов. В.А., Ильина Э.А.
СурГУ, Пульмонологический центр, СОКБ, Сургут

Цель: Изучить особенности формирования, диагностики, лечения холодового варианта хронической обструктивной болезни легких в экстремально-дискомфортных климато-экологических условиях высоких широт. Методы исследования: Дизайн исследования – проанализированы на протяжении 6 лет обращения приезжих (средний возраст 42,2±2,5лет) в Сургут 983 больных ХОБЛ (1-4 стадии) в консультативно-диагностическую поликлинику по поводу обострения заболевания, уточнения диагноза. Углубленному обследованию подвергнуты 75 больных с холодовым вариантом ХОБЛ (1-3 стадии, средний возраст 45,2±2,68 года) с длительностью заболевания 5-12 лет. Проведен анализ клинических, функциональных, рентгенологических (включая КТ), биохимических, иммунологических, бронхологических исследований. Результаты: В анамнезе у всех больных отсутствовали такие этиологические факторы как табакокурение, воздействие профессиональных вредностей (поллютантов), техногенных факторов загрязнения воздуха атмосферы в районе проживания, в квартире, заболеваемость частая (более 1 раза в году) острым бронхитом, ОРВИ, очаговыми инфекциями. Все больные подвергались воздействию в холодный период года низких температур (-30-50°С). Симптомы ХОБЛ сформировались через 5-12 лет после приезда на Север. При этом у всех больных отмечались: положительная холодовая проба, не полностью обратимое снижение скоростных показателей (ОФВ1, индекса Тиффно), признаки эмфиземы, пневмосклероза, вторичного иммунодефицита. Заключение: Контроль над ХОБЛ был установлен у 87-92% лиц на фоне лечения симбикортом, биастеном, спиривой, применения небулайзерной терапии, антиоксидантов, адаптагенов, антигипоксантов. 4% больных из группы холодовой формы ХОБЛ перешли в холодовую БА (отмечалось повышение в крови IgE, лимфоцитарно-эозинофильных розеток).

612. ДИАГНОСТИКА НАРУШЕНИЙ МУКОЦИЛИАРНОГО ТРАХЕОБРОНХИАЛЬНОГО КЛИРЕНСА У БОЛЬНЫХ ХОБЛ С ХОЛОДОВОЙ ГИПЕРРЕАКТИВНОСТЬЮ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ

Одиреев А.Н., Колосов А.В., Приходько А.Г.
ГУ Дальневосточный научный центр физиологии и патологии дыхания
СО РАМН, Благовещенск.

Цель: Изучить взаимосвязь функционирования мукоцилиарного клиренса (МЦК) у больных ХОБЛ от выраженности проявлений холодовой гиперреактивности (ГР); на основании выявленных корреляционных взаимосвязей разработать способ диагностики мукоцилиарной недостаточности (МЦН). Методы исследования: Обследовано 89 больных ХОБЛ, в том числе с I стадией 56 пациентов, II стадией – 33 больных. Контрольную группу составили 20 практически здоровых добровольцев. Исследование МЦК проводили методом динамической пульмоносцинтиграфии. Для диагностики холодовой ГР использовали метод изокапнической гипервентиляции холодным воздухом (ИГХВ). Вентиляционная функция до и после ИГХВ оценивалась по данным кривой поток-объем форсированного выдоха. Результаты: Наличие МЦН установлено у 78,7% пациентов, а ГР выявлена у 56,2% больных ХОБЛ. Выявлена прямая связь между МЦК и динамикой параметров бронхиальной проходимости (ΔОФВ1) после холодовой бронхопровокации ($r=0,72$; $p<0,05$). Для разработки способа диагностики МЦН все пациенты были разделены

на две группы – с наличием МЦН (78,7%) и без МЦН (21,3%). Пошаговый дискриминантный анализ позволил выделить функциональный показатель ΔМОС25-75, наиболее связанный (достоверность различия выборок составила 97,2%) с наличием МЦН. Для диагностики МЦН определяют ΔМОС25-75 после ИГХВ, а затем решают дискриминантное уравнение: Д=4,248×ΔМОС25-75, где Д – дискриминантная функция, граничное значение которой составляет -52,63. При Д<-52,63 диагностируют наличие МЦН с высокой степенью вероятности правильного прогноза.

613. АНТИБИОТИКОТЕРАПИЯ ИНФЕКЦИОННОГО ОБОСТРЕНИЯ ХОБЛ В МНОГОПРОФИЛЬНОМ СТАЦИОНАРЕ (ФАРМАКОЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ)

Сидоров Ю.А., Зайцев А.А., Миронов М.Б., Шепеленко А.Ф.
Государственный институт усовершенствования врачей МО РФ

В современных рекомендациях по лечению инфекционного обострения ХОБЛ четко определены, как тактика ведения пациентов, так и направления антибиотикотерапии. Какова же реальная ситуация с назначением антибиотиков при обострении ХОБЛ в многопрофильном стационаре, насколько придерживаются врачи требований рекомендаций? Цель исследования: провести фармакоэпидемиологический анализ антибактериальной терапии при обострении ХОБЛ в стационаре.Материалы и методы: нами проанализировано 149 случаев обострения ХОБЛ у пациентов (средний возраст - 72±7,5 лет; 144 мужчины и 5 женщин), находившихся на стационарном лечении в ГВКГ им. Н.Н.Бурденко. Результаты: Антибактериальная терапия была назначена 80 больным (53,7%). Наиболее часто использовались: цефалоспорины III поколения- 31 (38,8%), фторхинолоны – 24 (30%), цефалоспорины II – 11 (13,8%), макролиды - 11 (13,8%), амоксициллин/клавуланат – 7 (8,8%), респираторные фторхинолоны – 6 (7,5%), линкомицин – 1 (1,3%), рифампицин – 2 (2,5%). Комбинированная антибиотикотерапия была назначена 13 пациентам (16,3%). Таким образом, результаты проведенного нами фармакоэпидемиологического исследования показали, что реальная практика антибиотикотерапии обострения ХОБЛ в многопрофильном стационаре существенно отличается от современных рекомендаций. К числу ошибок относятся: неоправданное широкое назначение парентеральных цефалоспоринов II-III поколения и ранних фторхинолонов, макролидов при обострении ХОБЛ у пожилых пациентов (старше 65 лет) и часто использующаяся комбинированная терапия. При этом, рекомендованное применение «защищенных» аминопенициллинов и респираторных фторхинолонов у пациентов с обострением ХОБЛ при наличии факторов риска неэффективности терапии использовалось недостаточно широко (в 8,8% и 7,5% случаев, соответственно).

614. СОСТОЯНИЕ ПЕРЕКИСНОГО ОКИСЛЕНИЯ ЛИПИДОВ И АНТИОКСИДАНТНОЙ ЗАЩИТЫ В ПЛАЗМЕ КРОВИ И КОНДЕНСАТЕ ВЫДЫХАЕМОГО ВОЗДУХА ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ

Ильясова Т. М., Назифуллин В.Л., Шамсутдинов А.Р., Аглямова Д.В.
БАШКИРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ

Цель: Целью настоящего исследования явилось изучение интенсивности перекисного окисления липидов (ПОЛ) и активности ферментов антиоксидантной защиты (АОЗ) в плазме крови и конденсате выдыхаемого воздуха (КВВ) у больных хронической обструктивной болезнью лёгких (ХОБЛ) различной степени тяжести в фазе обострения, как дополнительных диагностических критериев течения воспалительного процесса. Материалы и методы: всего обследовано 48 мужчин, страдающих ХОБЛ средней и тяжёлой степени тяжести, средний возраст которых составил 50,3± 5,9 года. В I группу

вошли 25 больных ХОБЛ средней степени тяжести, во II группу – 23 больных тяжелой степени тяжести. Стаж курения у обследованных больных в среднем составил 30,4± 1,8 лет. Биохимические методы исследования включали определение содержания в плазме крови и КВВ первичных и вторичных продуктов ПОЛ, а также ферментов АОЗ. Результаты: При сравнительном анализе среднегрупповых значений концентрации продуктов ПОЛ в плазме крови и КВВ у исследуемых больных ХОБЛ отмечено достоверно значимое ($p<0,05$) повышение их концентрации по сравнению с контролем. С увеличением степени тяжести заболевания интенсивность процессов липопероксидации нарастала. Активность ферментов АОЗ у больных в исследуемых группах была статистически значимо снижена ($p<0,05$) по сравнению со здоровыми лицами. Заключение: Таким образом, увеличение интенсивности перекисного окисления липидов и снижение антиоксидантной защиты в плазме крови и КВВ у больных ХОБЛ позволяет отнести показатели изучаемых явлений к биохимическим маркерам воспаления у данной группы больных. Наличие подобных процессов в конденсате выдыхаемого воздуха свидетельствует о выявлении неинвазивного показателя воспалительного процесса в бронхиальном дереве при ХОБЛ.

615. РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА В ПОПУЛЯЦИИ Г. ЯКУТСКА

Логвиненко Н.И.-1, Обутова С.В-2, Татаринова О.В.-2
1-НИИ терапии СО РАМН г. Новосибирск, Якутский научный центр РАМН и Правительства Республики Саха (Я), 2-гериатрический центр, Больница №1 МЗ РС (Я) г. Якутск, Россия

Цель исследования: изучить распространенность хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ) у лиц пожилого возраста и долгожителей г. Якутска. Материалы и методы: проведено скрининговое обследование лиц 60 лет и старше среди жителей г. Якутска с использованием стандартизированных эпидемиологических методов. Обследовано 584 человек, из них на выявление ХОБЛ - 461. В возрастной группе 60-69 лет мужчины составили - 45,15%, женщины- 54,85%; в возрасте 70-79 лет - 44,80% и 55,20% соответственно. В возрастной группе 80-89 лет мужчин было 43,53%; женщин - 56,47%; в возрасте 90 лет и старше 66,66% и 33,34% соответственно. Для верификации диагноза обследованным проводились клинико-функциональные исследования, заполнялись стандартизованные анкеты. Выявлена высокая распространенность ХОБЛ у лиц 60 лет и старше в популяции г. Якутска - у 26,03% из 461 респондента, из них у 12,14% мужчин из 210 и у 13,88% женщин из 251 обследованных. В возрастной группе 60-69 лет ХОБЛ зарегистрирована в 7,58% случаев, в том числе у мужчин - 3,03%; женщин - 4,55%. Отмечена высокая распространенность ХОБЛ в возрастной группе 70-79 лет -14,53%, в том числе, у 7,59% мужчин и 6,94 % женщин, соответственно в возрасте 80-89 лет - у 3,89% обследованных, из них 1,51% мужчин и 2,38% женщин. В возрастной группе 90 лет и старше ХОБЛ не диагностирована. Выводы: реальная распространенность ХОБЛ у лиц старших возрастных групп значительно превышает регистрируемую по обращаемости в медицинские учреждения, а ранняя диагностика и своевременное лечение позволят предупредить обострение и прогрессирование заболевания.

616. ИНДЕКС КОМОРБИДНОСТИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ

Кароли Н.А., Ребров А.П., Орлова Е.Е., Маркова А.В.
ГОУ ВПО "Саратовский ГМУ Росздрава"

Цель работы: изучение коморбидности при ХОБЛ и ее вклада в смертность пациентов. Проведен анализ историй болезни 125 пациентов с ХОБЛ. Наличие и степень тяжести

ХОБЛ устанавливалось в соответствии с критериями GOLD (1998). Индекс коморбидности Чарльстона у больных ХОБЛ составил 2,82±0,14, установлено достоверное различие между индексом коморбидности у пациентов с легким и среднетяжелым течением (2,40±0,19) и тяжелым течением (3,11±0,18, $p<0.01$) ХОБЛ. Выявлена взаимосвязь между индексом коморбидности CCI и возрастом пациентов ($r=0.76$, $p<0.001$), длительностью ($r=0.48$, $p<0.01$) и интенсивностью курения ($r=0.47$, $p<0.01$), тяжестью течения ХОБЛ ($r=0.21$, $p<0.05$), тяжестью состояния пациентов на момент обследования (индекс тяжести больных) ($r=0.26$, $p<0.05$), выраженностью гипоксемии ($SaO2$) ($r=-0.47$, $p<0.01$) и результатом теста с шестиминутной ходьбой ($r=-0.38$, $p<0.05$). Установлены взаимосвязи между индексом коморбидности и риском развития коронарной болезни ($r=0.38$, $p<0.01$), десятилетним риском смерти от сердечно-сосудистых заболеваний ($r=0.54$, $p<0.001$), суммарным риском смерти (CPC) от сердечно-сосудистых заболеваний ($r=-0.37$, $p<0.01$). Также выявлены взаимосвязи между индексом коморбидности и такими параметрами ЭХО-КГ, как легочная гипертензия ($r=0.50$, $p<0.01$), толщина стенки ($r=0.36$, $p<0.05$) и размер полости правого желудочка ($r=0.39$, $p<0.05$), размер полости правого ($r=0.54$, $p<0.01$) и левого предсердий ($r=0.62$, $p<0.01$), диастолической функцией правого желудочка ($r=-0.33$, $p<0.05$), конечным диастолическим размером левого желудочка ($r=0.48$, $p<0.01$), фракцией выброса левого желудочка ($r=-0.64$, $p<0.01$). Установлено наличие взаимосвязи между индексом коморбидности и уровнем лейкоцитов ($r=0.19$, $p<0.05$), скоростью оседания эритроцитов ($r=0.25$, $p<0.05$).

617. КОМОРБИДНОСТЬ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ

Кароли Н.А., Ребров А.П., Орлова Е.Е., Маркова А.В.
ГОУ ВПО «Саратовский ГМУ Росздрава»

Цель работы: изучение коморбидности при ХОБЛ и ее вклада в смертность пациентов. Проведен анализ историй болезни 125 пациентов с ХОБЛ. Наличие и степень тяжести ХОБЛ устанавливалось в соответствии с критериями GOLD (1998). Группу сравнения составили 54 пациента с остеоартрозом (ОА), сопоставимых по полу и возрасту с больными ХОБЛ. Кардиоваскулярные заболевания, наряду с ХОБЛ, остаются самыми распространенными среди взрослого населения развитых стран. Среди обследованных пациентов наличие инфаркта миокарда установлено у 11,2% человек, стенокардии у 13,6%, артериальная гипертензия у 59,2% и сердечная недостаточность у 20,0% лиц. Необходимо отметить, что у пациентов с ХОБЛ в 1,5 раза чаще отмечался инфаркт миокарда ($p<0.05$) и в 3,6 раза чаще – явления хронической недостаточности кровообращения ($p<0.01$). Проявления недостаточности кровообращения у больных ХОБЛ, по-видимому, связаны с декомпенсацией хронического легочного сердца. Достаточно часто выявляются также поражения желудочно-кишечного тракта (24,8%) и гепатобилиарной (16,8%) системы, эндокринные заболеваний (12,0%), прежде всего сахарный диабет (6,4%) и болезни щитовидной железы (5,6%). Необходимо отметить, что такие факторы риска сердечно-сосудистой патологии как ожирение (20,8% и 31,5% соответственно) и сахарный диабет (6,4% и 14,8%) у пациентов с ХОБЛ выявлялись реже, чем у больных остеоартрозом. У пациентов с остеоартрозом в 8,3 раза чаще отмечаются неврологические заболевания, прежде всего остеохондроз, что, по всей видимости, является отражением общего патогенеза, определяющего повреждение хряща при остеоартрозе и остеохондрозе. В среднем, у пациентов с ХОБЛ выявлено 3,49±0,22 хронических заболевания (включая заболевания легких), а у больных остеоартрозом 3,94±0,30 заболевания.

618. ИНДЕКС ПОВРЕЖДЕНИЯ МИОКАРДА CIIS И СМЕРТНОСТЬ ПАЦИЕНТОВ С ХОБЛ

Кароли Н. А., Ребров А.П.
ГОУ ВПО "Саратовский ГМУ Росздрава"

Целью работы явилось изучение информативности индекса CIIS у пациентов с ХОБЛ в диагностике перенесенного инфаркта миокарда и определение его роли в прогнозировании смертности пациентов с ХОБЛ Обследовано 124 больных ХОБЛ, за 76 больными ХОБЛ нами проведено динамическое наблюдение в течение 4 лет. Диагноз ХОБЛ устанавливался в соответствии с критериями ATS/ERS (2004 г.). Средний индекс CIIS составил 12,61±0,56 балла. У пациентов с тяжелым и крайнетяжелым течением ХОБЛ индекс более 20 баллов выявлялся в 1,8 раз чаще, чем у пациентов со среднетяжелым течением. Перенесенный инфаркт миокарда выявлялся у 11,3% пациентов, при этом Q-инфаркт – у 9 больных, неQ-инфаркт – у 5 человек. Безболевая форма инфаркта миокарда отмечалась у 7 (50%) пациентов. Индекс CIIS у больных с перенесенным инфарктом миокарда был выше, чем у пациентов без инфаркта миокарда (19,83±2,57 и 11,83±0,50 баллов, $p<0.001$). Установлены достоверные взаимосвязи между индексом CIIS и систолическим давлением в легочной артерии ($r=0.21$, $p<0.05$), конечным диастолическим размером правого ($r=0.24$, $p<0.05$) и левого ($r=0.33$, $p<0.05$) желудочков, фракцией выброса левого желудочка ($r=-0.40$, $p<0.01$). Также выявлены взаимосвязи между индексом CIIS и факторами риска и патогенеза кардиоваскулярной патологии, как длительность ($r=0.23$, $p<0.05$) и интенсивность ($r=0.40$, $p<0.01$) курения, проявления системного воспаления – СРБ ($r=0.49$, $p<0.01$). Установлено достоверное различие между индексом CIIS у умерших и живых пациентов (19.81±1.58 и 11.05±0,71, $p<0,001$). 77.8% пациентов, имевших индекс более 20 баллов, умерли в течение 4 лет наблюдения. У умерших пациентов достоверно чаще отмечался индекс CIIS более 20 баллов ($p<0.001$), что позволяет определить такое его значение как прогностически неблагоприятный фактор риска смерти

619. К ВОПРОСУ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ (ХОБЛ)

Машенцева Е. В.
Ставропольский краевой клинический консультативно-диагностический центр

К сожалению, больные ХОБЛ обращаются за медицинской помощью уже на поздних стадиях заболевания, когда у них отмечается выраженная одышка, резко снижающая качество жизни и диагностируется дыхательная недостаточность и легочное сердце. Целью работы явился анализ 25 историй болезней пациентов ХОБЛ, для определения обоснованности и своевременности обращения за консультативной помощью в диагностический центр. Среди больных были 12 мужчин и 13 женщин в возрасте от 33 до 88 лет (средний возраст 51,5), преимущественно городские жители. Курильщики составляли 72% пациентов, у 24% отмечали производственные вредности. У 44% пациентов в анамнезе были частые ОРВИ и пневмония. Только 60% больных обращались к терапевту или пульмонологу с жалобами на кашель и одышку, остальные 40% обращались к кардиологу, интерпретируя свои жалобы как кардиологические, и связывая одышку с заболеванием сердца. При этом жалобы на кашель предъявляли 64% пациентов, после целенаправленного опроса все 100%, 44% жаловались на отхождение мокроты. Одышку различной степени выраженности отмечали 60%, периодическое повышение температуры 16%, слабость, потливость 24% больных. Спирография была выполнена лишь у 56% обратившихся, рентгенография легких у 52%, причем оба эти метода выполнялись лишь у 32% пациентов, исследование мокроты проводилось в единичных случаях. Таким образом, всем пациентам с кашлем, избыточной продукцией мокроты

и/или одышкой (с учетом факторов риска) для своевременной и ранней диагностики необходимо проводить исследование функции внешнего дыхания, а также обследование, необходимое для дифференциальной диагностики.

620. СОПУТСТВУЮЩАЯ ПАТОЛОГИЯ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ (ХОБЛ)

Машенцева Е. В.
Ставропольский краевой клинический консультативно-диагностический центр

Целью работы явилось изучение частоты и вида сопутствующей патологии у больных ХОБЛ. Проведен анализ 25 случаев диагностированных как ХОБЛ при обращении пациентов за консультативной помощью в диагностический центр. Среди больных были 12 мужчин и 13 женщин в возрасте от 33 до 88 лет (средний возраст 51,5). Курильщики составляли 72% пациентов, у 24% отмечали производственные вредности. Сопутствующая патология желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) наблюдалась у всех больных ХОБЛ, заболевания сердечно-сосудистой системы (ССС) выявлялись у 64% (16 человек), патология ЛОР-органов у 44%, болезни почек у 32%, сахарный диабет у 12%, заболевания щитовидной железы у 8%, туберкулез и саркоидоз у 16%, опухоли различных локализаций у 5 человек (20%). Из заболеваний ЖКТ в 24% случаев выявлена гастроэзофагальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ), из них у 2 пациентов (8%) была выявлена грыжа пищеводного отверстия диафрагмы. Хронический гастрит диагностировали у 24% пациентов, язвенную болезнь у 12% пациентов. Хронический вирусный гепатит и хронический панкреатит наблюдался у 16 % больных, хронический холецистит и желче-каменная болезнь у 12%. Из заболеваний ССС чаще всего выявляли гипертоническую болезнь (24%), миокардиодистрофии различного генеза (20%), ишемическую болезнь сердца (16%). Среди заболеваний опорно-двигательного аппарата преобладал остеохондроз (36%) и деформирующий остеоартроз (16%).
Таким образом, изучение сопутствующей патологии требует особого внимания, т.к. ее наличие может усугублять течение основного заболевания и прогноз.

621. ЭТИОЛОГИЯ БАКТЕРИАЛЬНЫХ ОБОСТРЕНИЙ ХОБЛ НА ФОНЕ И БЕЗ МЕТАТУБЕРКУЛЕЗНОГО ПНЕВМОФИБРОЗА У ПАЦИЕНТОВ, ГОСПИТАЛИЗИРОВАННЫХ В МНОГОПРОФИЛЬНЫЙ СТАЦИОНАР

Мишустина Е.Л., Агеева Т.С.
Томский Военно-медицинский институт

Цель: Изучить этиологию бактериальных обострений ХОБЛ, протекающей на фоне метатуберкулезного пневмофиброза, в зависимости от степени тяжести заболевания.
Материалы и методы: Обследованы госпитализированные в многопрофильный стационар 33 пациента с обострением ХОБЛ, протекающим на фоне метатуберкулезного пневмофиброза (I группа), и 300 пациентов ХОБЛ без метатуберкулезного пневмофиброза (II группа), разной степени тяжести. Диагноз заболевания и верификация обострения основывались на общепринятых критериях и стандартах ХОБЛ. Диагноз туберкулеза был ранее верифицирован в специализированном стационаре, в результате проведенного лечения пациенты были излечены. В настоящее время у 25 из них – очаговый, у 5 – диссеминированный, у 3 – фиброзно-кавернозный туберкулез легких в фазе уплотнения.
Результаты: Этиологически значимые бактериальные возбудители были выделены в 85% случаев в I группе и в 83% случаев во II группе пациентов. Этиология обострений в I группе была следующей: Str. pneumoniae – 32% случаев, Gramnegative enterobacteriaceae – 46%, Staph. haemolyticus – 11%, Str. pyogenes – 11%, причем, при легкой степени тяжести ХОБЛ преобладал Str. pneumoniae – 75%, при тяжелой степени тяжести – Gramnegative

enterobacteriaceae – 73%. Этиологическая структура бактериальных обострений ХОБЛ во II группе пациентов лёгкой степени тяжести была представлена в основном Str. pneumoniae и H. Influenzae (60%), а тяжелой степени тяжести – Gramnegative enterobacteriaceae (73%). Заключение: Вне зависимости от наличия или отсутствия метатуберкулёзного пневмофиброза обострения ХОБЛ лёгкой степени тяжести вызваны в основном Str. pneumoniae, тяжелой степени – Gramnegative enterobacteriaceae.

622. ИНФЕРОНОТЕРАПИЯ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ

Фархутдинов Ш.У., Абдрахманова Л.М.
Больница №21, Уфа

Цель: изучить влияние инферона (ИФН) на показатели системного иммунитета больных хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ).Материал и методы: обследованы 90 больных со среднетяжелым и тяжелым ХОБЛ в возрасте 48-75 лет в фазу обострения заболевания. У больных определяли содержание в сыворотке крови CD3+-, CD4+-, CD8+-лимфоцитов, IgA, циркулирующих иммунных комплексов (ЦИК) и уровень гамма-интерферона (ИФН-γ). Общепринятую терапию (ОТ): антибиотики, муко- и бронхолитики получали 62 пациента. В комплексное лечение остальных 28 больных ХОБЛ были включены ингаляции ИФН в дозе 10000 МЕ на одну процедуру ежедневно в течение недели. Результаты: У больных ХОБЛ выявлено снижение содержания CD3+-, CD4+-, CD8+-лимфоцитов – в 1,5-1,7 раза, IgA - в 1,3 раза, ИФН-γ – в 2 раза, увеличение ЦИК - в 1,6 раза. На фоне ОТ у больных сохранялись основные симптомы заболевания, оставались низкими показатели клеточного иммунитета, содержание IgA и ИФН-γ в крови, высоким - уровень ЦИК. При ингаляционном использовании ИФН у больных ХОБЛ повысились в крови в 1,2 раза абсолютное количество CD3+ и CD8+-лимфоцитов, в 1,3 раза - CD4+- лимфоцитов, в 1,3 раза содержание IgA и в 1,5 раза - ИФН-γ, снизился в 1,5 раза уровень ЦИК. У них, по сравнению с больными, получавшими ОТ, отмечалась более выраженная положительная динамика клинической картины заболевания, сократились сроки пребывания в стационаре. Выводы: использование ИФН у больных ХОБЛ улучшает состояние системного иммунитета, стимулирует эндогенный интерфероногенез, повышает эффективность проводимой терапии.

623. ОБЩИЙ ИММУНОГЛОБУЛИН Е, ЕГО ВЗАИМОСВЯЗЬ С ГЕНЕТИЧЕСКИМИ МАРКЕРАМИ И ФАКТОРОМ КУРЕНИЯ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ

Рыбас А. В., Ягода А. В., Гаспарян Н. В., Машенцева Е. В.
Государственная медицинская академия, Ставрополь

Целью настоящего исследования было определение уровня общего иммуноглобулина Е (Иг Е) во взаимосвязи с генетическими маркерами и фактором курения у больных хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ). Методы исследования: уровень общего Иг Е определяли в сыворотке крови методом иммуноферментного анализа. Группы крови систем АВ0, MN, Rh устанавливали с использованием соответствующих Цоликлонов методом прямой гемагглютинации на планшете. Дизайн исследования: обследовано 70 больных ХОБЛ, контрольную группу составили 20 здоровых добровольцев. Результаты: среди курильщиков ХОБЛ отмечены несколько более высокие, чем у некурящих, значения общего Иг Е. У женщин выявлена тенденция к увеличению уровней Иг Е по сравнению с мужчинами. Достоверно более высокие уровни Иг Е

наблюдались у курящих женщин с ХОБЛ по сравнению с некурящими пациентками. При аналогичном сравнении курящих мужчин в группе больных с некурящими достоверных различий отмечено не было. Повышение уровня общего Иг Е чаще наблюдалось у больных с III (B) (23,9%) и II (A) группами крови (26%), тогда как при наличии IV (AB) группы крови определялись нормальные уровни общего Иг Е. У больных с группой крови II (A) были установлены достоверно более высокие значения Иг Е в сравнении с обладателями остальных групп крови. Повышение содержания общего Иг Е в крови больных ХОБЛ с различными фенотипами систем MN и Rh было примерно одинаковым, что свидетельствует о непричастности этих генетических систем к формированию сывороточных концентраций иммуноглобулина. Заключение: повышенный уровень общего Иг Е является фактором риска развития ХОБЛ и ассоциирован со II (A) группой крови, что позволяет предположить генетическую обусловленность повышенного его синтеза у рассматриваемой категории больных.

624. НАСЛЕДСТВЕННАЯ ПРЕДРАСПОЛОЖЕННОСТЬ К КУРЕНИЮ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ

Рыбас А. В., Ягода А. В.
Государственная медицинская академия, Ставрополь

Целью настоящего исследования стало изучение особенностей никотиновой зависимости во взаимосвязи с некоторыми генетическими маркерами у больных хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ). Методы исследования: степень никотиновой зависимости оценивали по тесту Фагерстрома. Оценку функции внешнего дыхания у больных ХОБЛ проводили с предварительной отменой бронхорасширяющих препаратов на спироанализаторе «Spirosift» с регистрацией петли поток-объём и компьютерной обработкой полученных данных. Тип волос определяли при помощи специальных шкал. Для определения цвета радужной оболочки использовали шкалу В.В. Бунака. Тип ушной серы оценивали отоскопически. Группы крови систем AB0, MN, Rh устанавливали с использованием соответствующих Цоликлонов методом прямой гемагглютинации на планшете. Дизайн исследования: обследовано 84 курящих больных ХОБЛ (средний возраст 50,15±2,25 лет). Результаты: низкая степень никотиновой зависимости установлена у 9,5% больных, средняя определялась в 38,1% случаев, высокая – у 52,4% пациентов. Курящие больные ХОБЛ с высокой степенью никотиновой зависимости в сравнении с курильщиками средней и высокой степенями зависимости характеризовались определенной комбинацией генетических маркеров, в числе которых II (A) группа крови, темный цвет радужной оболочки глаза, темный цвет волос. Наоборот, светлый цвет волос, смешанный цвет радужной оболочки глаза и группа крови III (B) определяли у больных ХОБЛ более низкую степень никотиновой зависимости и, предположительно, такую же восприимчивость к компонентам табачного дыма. Заключение: можно допустить наличие предрасположенности к курению, которая реализуется через степень никотиновой зависимости и, вероятно, индивидуальную восприимчивость к воздействию компонентов табачного дыма.

625. ВЗАИМОСВЯЗЬ ПОКАЗАТЕЛЕЙ БРОНХИАЛЬНОЙ ОБСТРУКЦИИ И ГИПЕРИНФЛЯЦИИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ (ХОБЛ)

Трофименко И.Н., Черняк Б.А.
Иркутский государственный институт усовершенствования врачей

Цель. Изучить обратимость показателей бронхиальной обструкции, гиперинфляции и их взаимосвязь у больных ХОБЛ в зависимости от степени тяжести. Методы. У 115

больных ХОБЛ (I ст n=21, II ст n=36, III ст n=58, GOLD, 2006) проанализированы параметры спирометрии и бодиплетизмографии: ОФВ1, максимальная объемная скорость на уровне 25; 50 и 75% (МОС25, МОС50, МОС75) от ФЖЕЛ, емкость вдоха (Евд), остаточный объем легких (ООЛ) до и после ингаляции 400 мкг сальбутамола. Взаимосвязь анализируемых показателей оценивалась с помощью корреляционного анализа. Результаты. С увеличением степени бронхиальной обструкции снижается ее обратимость: ΔОФВ1 для ХОБЛ I, II и III стадии соответственно составляет 9,1±3,6, 6,4±4,4 и 5,8±4,1% ($p<0,05$ I-II ст). Анализ ΔООЛ выявил аналогичную закономерность – медиана значений ΔООЛ составила 18,6% при II ст. и 8,2% при III ст. ($p<0,05$). В отличие от ΔОФВ1 и ΔООЛ, показатель ΔЕвд характеризовался более высокими значениями после бронходилататора и составил 29,8% для II ст. и 20,1% для III ст. ХОБЛ ($p<0,05$). Показана высокая корреляционная связь между ОФВ1 и другими параметрами спирометрии $r>0,8$ ($p<0,05$), тогда как значения коэффициента корреляции между ОФВ1 и показателями гиперинфляции (ООЛ и Евд) значительно ниже: $r=-0,41$ и 0,46 ($p<0,05$). Заключение. С нарастанием тяжести ХОБЛ снижается обратимость не только бронхиальной обструкции, но и гиперинфляции легких. При этом корреляционная связь между ними является достаточно низкой. Значительный прирост Евд после ингаляции сальбутамола при тяжелой ХОБЛ свидетельствует о выраженной динамической гиперинфляции, которая является одной из точек приложения бронходилатационной терапии этого заболевания.

626. ОШИБКИ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ

Сапёров В.Н.
Чувашский государственный университет, Чебоксары

Мы наблюдали несколько случаев гиподиагностики ХОБЛ при сочетании этого заболевания с эндогенной бронхиальной астмой. В таких случаях больным выставляется диагноз БА в сочетании с простым хроническим бронхитом, а обструктивный синдром связывался с БА. Для диагностики решающее значение имеет динамический контроль бронходилатационного теста (БДТ): отрицательный БДТ, особенно в динамике в фазе ремиссии БА при сохраняющемся бронхообструктивном синдроме свидетельствует в пользу ХОБЛ. Значительно чаще при диагностике ХОБЛ не дается полная характеристика патогенетического процесса согласно существующей классификации: 1) при обострении болезни не указывается степень тяжести обострения; 2) при наличии хронического гнойного бронхита он не выставляется в диагнозе; 3) не указывается преимущественный фенотип болезни; 4) реже неправильно определяется степень тяжести (стадия заболевания). Ошибки в определении стадии ХОБЛ чаще были связаны с неправильной интерпретацией ОФВ1: использовался показатель ОФВ1 как таковой, а не постбронходилатационный. Самой частой ошибкой в лечении ХОБЛ является неиспользование активных методов борьбы с табакокурением, психотерапии, рефлексотерапии, никотинзаместительной терапии. Что касается лекарственной терапии, то наиболее частым ухудшением является неподключение в необходимых случаях β2-агонистов к антихолинергическим препаратам (при недостаточном эффекте уже при II стадии ХОБЛ и обязательно – при III-IV стадиях заболевания). Как известно, при III-IV стадиях заболевания к лечению необходимо подключать ингаляционные глюкокортикостероиды (ИГКС). Среди обследованных нами пациентов систематически ИГКС применяли менее половины больных с III-IV стадиями заболевания.

627. ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ЦЕННОСТЬ МЕТОДА ИНДУЦИРОВАННОЙ МОКРОТЫ ПРИ ХОБЛ

Постникова Л. Б.-1, Кубышева Н.И.-2, Костров В.А.-1, Ишанова О.С.- 3.
Военно-медицинский институт–1, детская городская больница №27 «Айболит»-2,
Городская больница №28-3, Н. Новгород.

На практике метод индуцированной мокроты (ИМ) используется еще достаточно редко, а статистический материал изучаемых показателей ограничен и противоречив. Однако уже опубликованные в настоящее время результаты свидетельствуют о различиях в содержании клеток воспаления и молекулярных биомаркеров в ИМ у больных ХОБЛ. Цель: Оценить клеточный состав, уровень фактора некроза опухоли- α (ФНО-α, п/г) в ИМ у здоровых некурящих и курящих лиц, больных с обострением ХОБЛ различной степени тяжести. Методы: Обследовали 20 здоровых некурящих, 20 здоровых курящих лиц и 96 больных с обострением ХОБЛ. В ИМ определяли процентное число нейтрофилов (Не), лимфоцитов (Лф), альвеолярных макрофагов (АМ), концентрацию ФНО-α (иммуноферментным методом). Результаты: У здоровых курильщиков в ИМ отмечено двукратное повышение числа Не (%) ($p<0,05$) и 5-ти кратное увеличение Лф (%) ($p<0,01$) по сравнению с некурящими мужчинами. Число АМ (%) было в 2 раза ниже ($p<0,05$), чем в группе контроля. У больных ХОБЛ в ИМ повышалось относительное содержание Не ($p<0,01$), снижалось количество АМ ($p<0,01$). При легком течении ХОБЛ содержание Лф в ИМ было в 8 раз выше($p<0,001$), чем у здоровых некурящих лиц. Среднетяжелое течение заболевания отличалось 5-кратным нарастанием уровня этих клеток ($p<0,01$). Содержание ФНО-α в ИМ у курильщиков в 2 раза ($p<0,05$) превышало нормативы контроля. В период обострения ХОБЛ регистрировалось 3-х кратное усиление продукции данного цитокина ($p=0,02$) по сравнению со здоровыми некурящими лицами. Заключение: Представленные результаты подтверждают диагностическую ценность ИМ и позволяют рекомендовать использование данного метода для ранней диагностики ХОБЛ и мониторирования прогрессирования топического воспаления

628. УЧАСТИЕ CD50+, CD54+, CD95+ Т-ЛИМФОЦИТОВ В РАЗВИТИИ ХОБЛ

Постникова Л. Б.-1,Кубышева Н.И.-2, Жогота А.В.-2, Костров В.А.-1, Ишанова О.С-3.
1-Военно-медицинский институт,2- Больница №27 «Айболит»-2, 3-Больница №28-3,
г. Н. Новгород

Ключевая роль в патогенезе ХОБЛ принадлежит клеткам воспаления. И определенный интерес вызывает изучение различных типов мембранных антигенов Т-лимфоцитов у больных ХОБЛ. Цель: Провести сравнительную оценку процентного содержания молекул адгезии ICAM-1 (CD50+), ICAM-3 (CD54+) и клеточных маркеров апоптоза (CD95+ антиген) в крови у здоровых некурящих и курящих лиц, больных ХОБЛ различной тяжести. Методы: Обследовали 30 здоровых некурящих и 35 курящих лиц, 136 больных с обострением ХОБЛ. Процентное число поверхностных антигенов Т-лимфоцитов крови определяли с помощью моноклональных антител. Результаты: Молекулы адгезии участвуют в межклеточных взаимодействиях, регулируют иммунный ответ. Мы обнаружили достоверное снижение процентного числа CD50+ антигена в крови у здоровых курильщиков ($p<0,05$) и больных с обострением ХОБЛ ($p<0,01$) по сравнению с некурящими мужчинами. Относительное содержание CD54+ Т-клеток крови также характеризовалось значимым снижением. Но у больных с тяжелым течением ХОБЛ ($n=47$) уровень этих антигенов был более низкий и имел достоверные различия как со здоровыми некурящими ($p<0,01$), так и с курильщиками ($p=0,031$) и пациентами с легкими обструктивными нарушениями ($n=43$, $p=0,042$). Отличительной особенностью обострения ХОБЛ средней ($n=46$) и тяжелой тяжести явилось значимое повышение процентного числа CD95+ антигенов в циркуляции, что может свидетельствовать об индукции апоптоза и его участии в прогрессировании воспаления. Заключение: Прогрессирование ХОБЛ и нарушений легочной функции сопряжено с отличительными изменениями

иммунофенотипа Т-лимфоцитов крови – снижение числа молекул адгезии ICAM-1, ICAM-3 и повышение содержания CD95+ антигенов – маркеров апоптоза.

629. СПЕКТР ВОЗБУДИТЕЛЕЙ ИНФЕКЦИОННОГО ОБОСТРЕНИЯ ХОБЛ

Дзюблик А.Я., Недлинская Н.Н., Капитан Г. Б., Бялик Е.И.
Институт фтизиатрии и пульмонологии АМН Украины, Киев

Цель работы — выявление основных этиологических агентов инфекционного обострения (ИО) хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ). Объект и методы исследования — биологический материал (мокрота, смывы или мазки с полости носа), полученный от 126 больных с ИО ХОБЛ. Бактериологическое исследование материала проводили с помощью количественного метода Dixon и Miller (1965) в модификации Л.Г. Селиной (1980) путем посева на соответствующие плотные питательные среды. Результаты исследования считали диагностично значимыми в случае выявления потенциального патогена в титре не менее 10^6 КОЕ/мл. Лабораторную диагностику вирусной инфекции проводили путем экспресс-диагностики методами иммуноферментного анализа (ИФА), флуоресцирующих антител (МФА), иммунохроматографического анализа (быстрые ИХА-тесты) с одновременным выделением и идентификацией изолятов вирусов. Результаты. У подавляющего большинства (69,9 %) больных ИО ХОБЛ было вызвано бактериями, у 15,9 % — вирусами, у 14,2 % — их сочетанием. Наибольшую этиологическую значимость среди бактериальных возбудителей имели H. influenzae — в 49,1 % случаях, S. pneumoniae — в 22,6 %, K. pneumoniae — в 9,4 %, M. catarrhalis — в 13,2 %, E. coli — в 6,6 % и S. aureus — в 7,6 %. Среди вирусных возбудителей наиболее часто выявляли респираторные аденовирусы - в 31,6 % случаях, вирусы гриппа А и В — в 34,2 %; парагриппа — в 26,3 % и РС-вирус - в 7,9 %. Следует отметить, что в период исследования (2005 – 2006 гг) эпидемии гриппа зарегистрировано не было, а возбудители ОРВИ выявлялись преимущественно в весенне-осенний период. Заключение. Полученные результаты могут быть использованы в дальнейших исследованиях с целью оптимизации диагностики, лечения и профилактики ИО ХОБЛ.

630. ИЗУЧЕНИЕ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ФУНКЦИИ ВНЕШНЕГО ДЫХАНИЯ И ЛЕГОЧНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ

Соснова О.Л., Беднаржевская Т. В.
ГУЗ Краевая клиническая больница

Цель: изучить показатели среднего давления в легочной артерии у больных ХОБЛ при крайне тяжелых нарушениях ФВД. Всего обследовано 220 пациентов ХОБЛ. При RV(остаточный объем) более 250% должного (22 пациента – 1 группа) среднее давление в легочной артерии (срДЛА) составляло 27,7±1,1 мм рт ст., ОЛС (общее легочное сопротивление) – 352,8 ± 23,6 дин*сек*см^-5, УЛС (удельное легочное сопротивление) – 526,2±34,2 дин*сек*см^-5 м2. Коэффициент корреляции был равен (-) 0,35. При RV менее 250% должн. (198 пациентов – 2 группа): срДЛА – 24,7±0,6 ($p<0,05$ по сравнению с 1 группой), ОЛС – 244,7±18,6 ($p<0,05$), УЛС – 413,6±27,8 ($p<0,05$). Коэффициент корреляции – (-)0,17. У 7 пациентов 1 группы проведена компьютерная томография с измерением диаметра ствола легочной артерии (D), D был равен 33,0±0,7 мм, что статистически достоверно больше, чем во второй группе (27,3±2,0 мм, 28 пациентов). Таким образом, крайне тяжелые нарушения ФВД в виде гиперинфляции приводят к развитию легочно-артериальной гипертензии: повышению среднего давления в легочной артерии по данным ЭХОКГ и увеличению диаметра легочного ствола по данным КТ. При ERV (резервный объем выдоха) менее 30% должного (25 пациентов) срДЛА составляло 27,3 ±1,8; при RV более 30% должного (195 пациентов) срДЛА составляло 24,7±0,8

(p<0,05). Таким образом, при резком уменьшении резервного объема выдоха, как одного из критериев бронхитического типа ХОБЛ, также наблюдаются признаки легочно-артериальной гипертензии по данным ЭХОКГ.

631. РОЛЬ РАСТВОРИМЫХ ДИФФЕРЕНЦИРОВОЧНЫХ АНТИГЕНОВ В РАЗВИТИИ ХОБЛ

Кубышева Н. И., Посникова Л.Б., Соодаева С.К., Новиков В.В., Жогота А.В.
МЛПУ Нижегородская Детская городская клиническая больница №27,
Нижегородский Военно-медицинский институт, Нижегородский государственный университет, ФГУ НИИ Пульмоногии Росздрава, г. Москва

В настоящее время актуальным является поиск новых молекулярных маркеров, играющих ключевую роль в патогенезе ХОБЛ. Растворимые формы дифференцировочных антигенов относятся к новому классу иммунорегуляторных молекул. Цель исследования: определение сывороточного уровня растворимых CD8, CD25, CD50, CD54, HLA-1 антигенов у пациентов с ХОБЛ в зависимости от степени тяжести заболевания. Содержание растворимых форм дифференцировочных антигенов определялось иммуноферментным методов (U/ml). Было обследовано 62 курильщиков с ХОБЛ в возрасте от 41 до65 лет в фазе обострения и 16 здоровых некурящих добровольцев. Первая группа включала 18 больных ХОБЛ легкой степени, вторая группа – 24 человека со среднетяжелой степенью тяжести заболевания, третья группа 22 пациента тяжелого течения ХОБЛ. Выявлено увеличение уровней sCD54 (sICAM-1) и sCD50 (sICAM-3) с прогрессированием заболевания. В третьей группе содержание данных показателей были повышены по сравнению со здоровыми добровольцами (p<0,01).Содержание sCD8, sCD25 и sHLA-I с тяжестью течения ХОБЛ прогрессивно снижалось. В первой группе данные показатели были более высокими по сравнению с некурящими (p<0,05), в то же время, в третьей группе содержание sHLA-I и sCD8 были снижены по сравнению с контрольной группой (p <0,05). Мы установили позитивную корреляцию между содержанием sCD8, sCD25 и PEF50 (r=0,67, p <0,05; r=0,57, p <0,05, соответственно), и также между уровнем sHLA-I и индексом Тифно и PEF75 значениями (r=0,51, p<0,05; r=0,54, p <0,05 , соответственно). Таким образом, сывороточное содержание растворимых sCD8, sCD25, sHLA-I антигенов может быть использовано в качестве комплекса дополнительных показателей тяжести заболевания и выраженности бронхообструкции при ХОБЛ.

632. ВЛИЯНИЕ ТИОТРОПИЯ БРОМИДА НА ИММУНИТЕТ У БОЛЬНЫХ ХОБЛ

Козявина Н. В., Журавская Н.С.
НИИ медицинской климатологии и восстановительного лечения ВФ ГУ
ДНЦ ФПД СО РАМН, Владивосток

Целью исследования явилось изучение влияния тиотропия бромида на уровень иммунитета у больных ХОБЛ. Материалы и методы исследования: обследовано 38 человек с ХОБЛ средней и тяжелой степенью тяжести, из них со средней степенью тяжести - 63,3%, тяжелой – 36,7%. Средний возраст пациентов составил 62±1,7 года. Больным проводились клиническое обследование, спирография на анализаторе ST-90 Fukuda (Япония). Проводили оценку иммунного статуса методом фенотипирования клеток иммунной системы с использованием моноклональных антител CD3, CD4, CD8, CD16, CD25, CD22, HLA-DR. Исследовали фагоцитоз, окислительный метаболизм и резервные возможности нейтрофилов, уровень циркулирующих иммунных комплексов в крови. Все больные ХОБЛ принимали базисную терапию тиотропия бромида 18мкг 1 раз в сутки в течение 12 месяцев. Результаты: Анализируя полученные результаты по истечении 12 месяцев у больных ХОБЛ значительно уменьшились одышка, кашель,

выделение мокроты, улучшились показатели спирографии (увеличение $ОФВ_1$ в среднем на 10%, ЖЕЛ на 12%). Уменьшилось количество обострений у больных тяжелой ХОБЛ. После лечения выявлено достоверное снижение общего количества лейкоцитов (6,5±0,35 г/л), повышение популяции CD3 лимфоцитов (37,7±3,5%), достоверное увеличение фагоцитарного резерва нейтрофилов (1,1±0,03), снижение циркулирующих иммунных комплексов, что свидетельствует о стабилизации воспалительного процесса и снижении антигенной нагрузки у больных ХОБЛ. Заключение: полученные результаты свидетельствуют о положительном влиянии титропия бромида на функцию внешнего дыхания, клеточный иммунитет и фагоцитарную активность нейтрофилов у больных ХОБЛ. Это влияние проявлялось стабильным течением ХОБЛ и улучшением качества жизни больных.

633. УРОВЕНЬ СЕКРЕЦИИ ТРАНСФОРМИРУЮЩЕГО РОСТОВОГО ФАКТОРА В (TGF-B) И ФАКТОРА РОСТА ФИБРОБЛАСТОВ (FGF) ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ

Калинина Е. П.
ВФ ГУ ДНЦ ФПД СО РАМН - НИИ МКВЛ

Целью данной работы явилась оценка уровня секреции TGF-b и FGF у больных ХОБЛ. Материалы и методы. Обследовано 48 пациентов с ХОБЛ. Бронхиальная проходимость оценивалась по показателям объема форсированного выдоха за 1-ю секунду (ОФВ1) и форсированной жизненной емкости легких (ФЖЕЛ). Определение цитокинов выполнялось иммуноферментным методом с использованием наборов Duoset (Genzyme diagnostics, Cambridge, MA, USA). Оценка реактивности иммунокомпетентных клеток проводилась по уровню индукции TGF-b и FGF.Результаты. При легкой степени нарушения бронхиальной проходимости (ОФВ1 79,6±2,1 % и ОФВ1/ФЖЕЛ 77,6±1,5 %) у пациентов с ХОБЛ определяли сниженный синтез TGF-b и FGF, по сравнению с группой здоровых добровольцев. У пациентов, имеющих показатели функции внешнего дыхания в пределах ОФВ1 58,2±4,1% и ОФВ1/ФЖЕЛ 66,2±2,1 %, отмечалось более выраженное снижение TGF-b, но уровень FGF оставался без изменения. При значения ОФВ1 43,9±2,1 %, ОФВ1/ФЖЕЛ 57,3±2,1% у пациентов с ХОБЛ синтез TGF-b оставался на предыдущем уровне, а FGF резко возрастал. Выводы. Снижение TGF-b свидетельствует об отсутствии должной регуляции хронического воспаления, которое усугубляется с тяжестью ХОБЛ. Повышение синтеза FGF у пациентов с тяжелой ХОБЛ, является одним из факторов стимулирующих пролиферацию фибробластов и прогрессирование необратимой бронхиальной обструкции.

634. ОЦЕНКА ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ АКТИВНОСТИ ДИАФРАГМЫ У ПАЦИЕНТОВ С ХОБЛ.

Суркова Е.Г., Перлей В.Е., Александров А.Л., Гичкин А.Ю., Кузубова Н.А.
НИИ пульмонологиии СПбГМУ им. акад. И.П.Павлова

Известно, что существенную роль в развитии дыхательной и легочно-сердечной недостаточности у больных ХОБЛ играют прогрессирующие изменения и слабость дыхательной мускулатуры, возникающая вследствие повышения нагрузки на респираторные мышцы. Цель: Изучение возможности оценки функциональной активности диафрагмы у пациентов с заболеваниями органов дыхания с помощью ультразвуковых методов исследования.Метод: Проведено ультразвуковое исследование функциональной активности диафрагмы у 20 пациентов с ХОБЛ (2-3 стадия) и 10 добровольцев сходного возраста без легочной патологии. Определялись: экскурсия купола диафрагмы, фракция утолщения мышечной части диафрагмы, скорость сокращения мышечной части диафрагмы, скорость расслабления мышечной части диафрагмы при

спокойном (СД) и форсированном (ФД) дыхании.Результаты: Для больных ХОБЛ характерна большая относительно контроля величина экскурсии купола диафрагмы при СД и относительно меньшая - экскурсии купола диафрагмы при ФД. Фракция утолщения мышечной части диафрагмы при СД и ФД исходно у больных ХОБЛ была статистически достоверно ниже ($p<0.05$), чем у здоровых из группы контроля. Обнаружена тенденция к более высоким скоростям сокращения и расслабления мышечной части диафрагмы в контрольной группе по сравнению с больными ХОБЛ. Заключение: Ультразвуковые технологии позволяют оценить функциональную активность диафрагмы. Выявленные особенности являются следствием большего вклада основной дыхательной мышцы – диафрагмы в акт дыхания в покое у пациентов с ХОБЛ, что может объясняться повышенной нагрузкой на нее вследствие необходимости преодоления бронхиальной обструкции. Снижение экскурсии купола диафрагмы при форсированном дыхании объясняется истощением функциональных резервов диафрагмы и выраженной эмфизематозностью легких.

635. ФАГОЦИТАРНАЯ АКТИВНОСТЬ НЕЙТРОФИЛОВ И МАРКЕРЫ ВОСПАЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ ХОБЛ

Шаврин А. П.
Пермская государственная медицинская академия им. ак. Е.А.Вагнера

Цель. Исследовать фагоцитарную активность нейтрофилов и оценить выраженность воспаления у пациентов с ХОБЛ на ранних стадиях ее развития.Материал. Обследовано 107 пациентов в возрасте от 20 до 60 лет. Обследованные были разделены на две группы. Первую группу составили 61 больной ХОБЛ нулевой стадии, средний возраст 42,3±2,1. Вторую – группа сравнения образовали 46 некурящих, практически здоровых человек, средний возраст 41,5±1,4 года ($p>0.05$). Методы. Фагоцитарную активность нейтрофилов (ФАН) исследовали по показателям – фагоцитарное число (ФЧ), индекс активности фагоцитов в стандартном выражении (ИАФстанд). Иммуноферментным методом в сыворотке крови определяли содержание цитокинов: фактора некроза опухоли-α (TNFα), интерлейкинов (IL-1, IL-8) и С-реактивного белока (CRP). Результаты. У пациентов с ХОБЛ количество CRP было 19,4±2,1 мкг/мл, что больше, чем в группе сравнения 4,3±0,8 мкг/мл ($p=0,02$). Уровень цитокинов составил: IL-1 – 19,01±3,2 пг/мл ($p=0,03$), IL-8 – 84,6±4,5 пг/мл, ($p=0,001$), против IL-1 – 5,1±1,2 пг/мл, IL-8 – 18,7±2,2 пг/мл, в группе сравнения. По уровню TNF-α различий в группах не было ($p=0,16$). Все показатели фагоцитоза у пациентов с ХОБЛ были выше, чем в группе сравнения. ФЧ составило 1,12±0,1, ИАФстанд 1,89±0,1, против, соответственно 0,71±0,1 и 1,02±0,1, в группе сравнения ($p<0,05$). Заключение. Активация нейтрофильных фагоцитов и повышение концентрации в крови маркеров воспаления – CRP и провоспалительных цитокинов (IL-1, IL-8, INFγ) отмечается уже на ранней стадии развития ХОБЛ. Исследование активности нейтрофилов и воспалительного процесса следует проводить у больных с нулевой стадией ХОБЛ, что позволит своевременно определят комплекс лечебно-профилактических мероприятий, направленных на снижение выраженности воспалительного процесса.

636. ВЫНОСЛИВОСТЬ ДЫХАТЕЛЬНОЙ МУСКУЛАТУРЫ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА

Абросимов В.Н, Алексеева Е.А, Пономарева И.Б.
Рязанский государственный медицинский университет

У больных ХОБЛ на фоне гиперинфляции развиваются функциональные нарушения деятельности дыхательных мышц, в частности, снижение выносливости дыхательных мышц (ВДМ). Эти изменения приводят к повышению чувства дыхательного усилия и

склонности к утомлению дыхательных мышц. Цель исследования: оценить выносливость дыхательных мышц у больных ХОБЛ пожилого возраста. Обследовано 12 больных с ХОБЛ I-II ст. (ОФВ1 – 54% долж.), мужчины в возрасте 80,9±1,2 лет. Контрольная группа включала 10 больных без признаков ХОБЛ (ОФВ1 – 82% долж.) в возрасте 79,7±1,6 лет. Для определения ВДМ использован оригинальный прибор – респираторный мышечный анализатор «Micro REM» с программным обеспечением, разработанного фирмой «Micro Medical Ltd.» (Великобритания). В исследовании использовался режим дозированных нагрузок. Применялось постоянное инспираторное и экспираторное сопротивление, которое увеличивалось через каждые 3 дыхательных цикла на каждой ступени, до тех пор, пока пациент не мог его преодолеть (от 0,3 Kpa/l/s до 6,0 Kpa/l/s с увеличением на 0,3 Kpa/l/s на каждой ступени). Выявлена индивидуальная реакция на предлагаемую нагрузку как у больных ХОБЛ, так и в контрольной группе: диапазон энергии (Е) 2,84Дж - 11,75Дж, 2,25Дж – 54Дж соответственно. В результате анализа в группе больных ХОБЛ пожилого возраста по сравнению с контрольной группой было выявлено снижение ВДМ, что, по-видимому, следует объяснять усталостью респираторной мускулатуры.

637. СИЛА РЕСПИРАТОРНЫХ МЫШЦ У БОЛЬНЫХ ХОБЛ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА.

Пономарева И. Б.
Рязанский государственный медицинский университет

В патогенезе ХОБЛ большое значение приобретает оценка респираторной мышечной дисфункции (respiratory muscle dysfunction), что связывают с концепцией системных эффектов ХОБЛ, когда ключевые патофизиологические механизмы недостаточности дыхания и кровообращения ведут к патоморфологическим изменениям респираторной мускулатуры и их функционального статуса. Цель: оценка функции дыхательных мышц у больных ХОБЛ пожилого возраста.Материалы и методы. Исследование проводилось на базе Рязанского областного госпиталя ветеранов войн. Обследовано 18 больных с ХОБЛ II ст. в возрасте 80,9 ±1,2 лет и 15 больных контрольной группы в возрасте 79,7±1,6 лет. Состояние респираторной мускулатуры оценивалось путем измерения показателей: максимального инспираторного (MIP- maximal inspiratory pressure) и экспираторного ротового давления (MEP - maximal expiratory pressure), sniff – теста (SNIP – sniff nasal inspiratory pressure) в см водного столба (см H2O). Использован прибор MicroRPM (Respiratory Pressure Meter), оценка функции внешнего дыхания проводилась с помощью компьютерного спирографа MicroDL («Micro Medical Ltd».). Результаты. ОФВ1 в группе больных ХОБЛ составил 54% должных, в контрольной группе - 82% должных. Установлено достоверное ($p<0.05$) уменьшение силы респираторных мышц в группе больных ХОБЛ (MEP 36,5±10,6; MIP 27,7 ±2,0; SNIP 45,8±5,9 см вод. ст.) в сравнении с контрольной группой (MEP 90,9±11,8; MIP 36,7±2,3; SNIP 73,0±8,4). Выводы. У больных ХОБЛ пожилого возраста неинвазивное исследование силы респираторной мускулатуры путем измерения максимального экспираторного, максимального инспираторного давления, SNIP с помощью прибора MicroRPM позволяет достоверно оценить степень дисфункции респираторной мускулатуры.

638. ВЛИЯНИЕ ПОСТОЯННОЙ АКТИВНОЙ ТЕРАПИИ ХОБЛ НА ЗНАЧЕНИЯ ОФВ1 ПРИ ТРЕХЛЕТНЕМ НАБЛЮДЕНИИ.

Визель А.А., Визель И.Ю.
ГОУ ВПО Казанский медицинский университет Росздрава

Было обследовано в исходном состоянии и через 3 года 67 больных (37 мужчин и 30 женщин, в возрасте от 17 до 78 лет, средний возраст 48,8 ± 1,8 года). При первом визите у

38,8% был хронический необструктивный бронхит (или ХОБЛ стадии 0 согласно классификации GOLD), у 9% — ХОБЛ 1-й стадии, у 20,9% — 2-й стадии, у 25,4% — 3-й стадии и у 6,0% — 4-й стадии. Средние значения ЖЕЛ составили 83,3 ± 2,6% от должных, ОФВ1 — 67,1 ± 3,5% от должных, индекс Тиффно — 63,0 ± 2,1%, ПОС — 70,5 ± 3,9% от должных. Частота сердечных сокращений составляла 79 ± 1 удара в минуту, систолическое АД — 135 ± 8 , а диастолическое АД — 86 ± 4 мм рт. ст. Количество лейкоцитов периферической крови варьировало от 4 до 16 Гига/л (6,4 ± 0,3), СОЭ — от 2 до 52 мм/час (12,2 ± 1,4) Средние величины ОФВ1 в исходном состоянии были 2,10 ± 0,99 л, а через 3 года — 2,12 ± 0,99 л ($p > 0,1$). В 55,2% случаев ОФВ1 снижался (в 38,8% - на 200 мл и более), в 1 случае не менялся и в 41,8% случаев — увеличивался (в 29,9% случаев — на 200 мл и более). При выделении подгрупп больных, у которых ОФВ1 увеличился на 200 мл и более в сравнении с пациентами, у которых ОФВ1 снизился на 200 мл и более, достоверно чаще применяли ингаляционные бронхолитики короткого действия (60,9% против 38,5%, $p < 0,05$), ингаляционные глюкокортикостероиды (45,5% против 19,2%, $p < 0,05$), тогда как частота применения ксантинов и муколитиков не различались. Интересно, что больные с положительной динамикой и более активной терапией имели более низкие показатели в исходной точке. Был сделан вывод о том, что длительное применение ингаляционных бронхолитиков и ингаляционных глюкокортикостероидов в терапии больных ХОБЛ позволяет не только сохранить, но и улучшить ОФВ1.

639. СОСТОЯНИЕ МУКОЦИЛИАРНОЙ СИСТЕМЫ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ СТАРШИХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП.

Нагин А.П., Козлов Б.И.
Алтайский государственный медицинский университет, г.Барнаул.

Цель изучения состояния мукоцилиарной системы (МЦС). Под наблюдением было 112 больных хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ). I группа (пожилой возраст) – 85 человек, II группа (старческий) – 27. Выявлена преобладающая скудная секреция (67,7%, 76,0%) с гнойным ее характером (72,6%, 96,0%). В фазу обострения выраженный лейкоцитоз в мокроте составил 33,9% и 44,0%, ремиссии – 37,1%, 36,0%. Эпителиальные клетки (менее 10 в поле зрения) – 77,4%, 91,7%. При обострении заболевания выявлены повышенная адгезия секрета (1,0±0,2; 0,9±0,2 н/м2), вязкость (17,9±1,4; 16,8±2,1 мм2/с), в фазу ремиссии адгезия (0,8±0,1; 0,8±0,1 н/м2), вязкость (15,4±1,6; 15,8±1,8 мм2/с), $p>0,05$. Наблюдалось резкое снижение антиоксидантного потенциала мокроты при обострении (11,0±1,3%; 8,9±0,6%), в ремиссию показатели составили 11,4±1,2%; 7,3±0,8%, $p>0,05$. У всех наблюдаемых больных выявлена декомпенсация клиренса при обострении (I группа – II степень-55,1%, III степень-44,9%), II группа – II степень-17.6%, III степень-82,4%) и в ремиссию (I группа – II степень-55,6%, III степень-44,4%), (II группа – II степень-21,4%, III степень-78,6%). Заключение: несостоятельность мукоцилиарного клиренса у больных ХОБЛ пожилого и старческого возраста определяет наличие хронического персистирующего воспалительного процесса, атрофия слизистой, нарушения количественных и вязкоэластических характеристик мокроты. Стандартная лекарственная терапия не оказывает влияния на физические свойства,
антиоксдантный потенциал мокроты, мукоцилиарный клиренс.

640. ПРИМЕНЕНИЕ ФИТОКОМПОЗИЦИИ «СОЛОГЕМ» В ЛЕЧЕБНЫХ МЕРОПРИЯТИЯХ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ У БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА.

Козлов Б.И., Фролов Н.А., Нагин А.П., Виноградов А.К.

Алтайский государственный медицинский университет, г.Барнаул

Целью исследования явилось изучение эффективности использования фитокомпозиции. Под наблюдением находилось 54 больных в возрасте от 61 до 79 лет (в среднем 72,4±3,5 года). Исследовано: состояние мукоцилиарной системы (МЦС), перекисное окисление липидов – антиоксидантный потенциал (ПОЛ-АОП), функция внешнего дыхания, качество жизни (SF-36). Характер исследования: рандомизированное, открытое, сравнительное. Установлено, что в группе с применением фитокомпозиции в 2,4 раза уменьшился периодический кашель, в 1,6 раза увеличилась экспекторация мокроты с уменьшением в 2,3 раза ее гнойности, сократился в 3,7 раза утренний дискомфорт дыхания ($p<0,05$). Отмечено уменьшение в 1,7 раза адгезии, в 1,3 раза вязкости секрета, снижение в 1,4 раза процессов ПОЛ и рост в 1,5 раза АОП при сокращении оксидативного индекса в 2 раза ($p<0,05$). Произошло увеличение в 1,1 раза ОФВ1 и скорости мукоцилиарного транспорта ($p<0,05$). Результаты исследований свидетельствуют, что комплекс ингредиентов (корни солодки, пантогематоген, аскорбиновая кислота), входящих в состав фитокомпозиции обладает отхаркивающими свойствами и может применяться как мукорегулятор. Уменьшение адгезии и вязкости секрета обуславливает положительное влияние на мукоцилиарный клиренс, что проявилось в снижении частоты кашля, как механизма несостоятельности МЦС с улучшением экспекторации мокроты, изменением ее количественных и качественных характеристик (объем, гнойность). Стабилизация мукоцилиарного транспорта привела к изменению прооксидантной активности мокроты с уменьшением напряженности локального оксидативного стресса, улучшению ОФВ1, уменьшению дискомфорта дыхания. Улучшение качества жизни выразилось в появлении чувства уверенности в проводимом лечении, улучшении контакта с семьей, медицинским персоналом.

641. ВЛИЯНИЕ ИНГАЛЯЦИЙ ЧЕРЕЗ НЕБУЛАЙЗЕР БУДЕСОНИДА НА ФУНКЦИЮ ВНЕШНЕГО ДЫХАНИЯ И ЛЕГОЧНУЮ ГЕМОДИНАМИКУ, ЭНДОТЕЛИАЛЬНУЮ ДИСФУНКЦИЮ ПРИ ХОБЛ.

Прибылов С.А., Алиуллин Р.А., Панфилов В.И., Чернышева Е.А, Прибылова Н.Н.
Курский Государственный медицинский университет

Цель: Проанализировать влияние ингаляций будесонида через небулайзер (200 мкг 2 раза в сутки в течение 14 дней) у 48 больных ХОБЛ пожилого возраста на ФВД, гемодинамику и эндотелиальную дисфункцию. Методы: В исследование были включены пациенты с III и IV стадиями ХОБЛ, получавших (30 пациентов) курс ингаляций будесонида через небулайзер и 2 группа (18 пациентов) без небулайзерной терапии ИГКС, но получавших как и 1 группа больных базисную терапию, согласно стратегии GOLD. Результаты: При исследовании ФВД показатели оказались значительно выше при использовании небулайзерной терапии: ОФВ1 составил 43,2% ДВ, в группе сравнения 31,6% ДВ ($p< 0,01$), ПОС выдоха стал 42,4%, во 2 группе 19,6% ДВ. ФВ возросла на 12,2%, КДО ПЖ уменьшился на 8,5%, размеры правого предсердия не изменились, СДЛА снизилась до 30,5 мм.рт.ст., в группе сопоставления до 42,7 мм.рт.ст. Отмечено позитивное влияние на ЭД-снижение % вазоконстрикции плечевой артерии на 11,8% при использовании курса ГКС небулайзерной терапии. Выводы: Эффективность длительного применения ГК небулайзерной терапии с целью замедления прогрессирования темпов необратимых изменений в бронхопульмональной системе, выражается в снижении ЛГ, степени ЭД, что препятствует прогрессированию ХОБЛ, декомпенсации ХЛС и указывает на необходимость амбулаторной ГКС небулайзерной терапии у больных.

642. ГЕМОДИНАМИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ГИПОКСИЧЕСКОГО РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ СЕРДЦА.

Прибылов С.А., Бойкова И.О., Курбаков Н.Н., Гайсинская М.В., Прибылова Н.Н.
Курский Государственный медицинский университет

В последние годы всё шире обсуждаются экстрапульмональные проявления при ХОБЛ, как при системном заболевании с наличием кардиоваскулярных проявлений в виде лёгочной гипертензии, дисфункции миокарда и повреждения эндотелия. Цель исследования: оценить ремоделирование миокарда при различных стадиях ХОБЛ. Материалы и методы: ЭХОдопплеркардиография с исследованием внутрисердечной гемодинамики по рекомендациям ASE выполнена у 70 больных ХОБЛ II ст без признаков высокой лёгочной гипертензии (1 группа). 2 группа- 55 больных ХОБЛ с ХЛС и ХСН I-II ФК, 3 группа- 75 пациентов с декомпенсированным ХЛС и ХСН III ФК. Результаты: диастолическая функция ПЖ нарушается уже на ранних стадиях ХОБЛ: VE =42,4±13,5 см/с и сопоставима с VA=49,8±4,4 см/с, что приближает отношение скоростей к 0,9±0,2, полости же ЛЖ и ЛП при ХОБЛ II ст не расширены, МО до 3,8-3,9 л/мин при сохраненной фракции выброса, что свидетельствует об объёмной перегрузке МКК и снижении преднагрузки на ЛЖ. По мере прогрессирования ХОБЛ от III к IV ст увеличиваются показатели КДО (118,2±4,2 и 139,4±5,9 мл), КСО (53,7±3,0 и 71,6±4,3 мл) что сопровождается ростом УО и МО (4,4±0,4 л/мин), фракция выброса ЛЖ достоверно снижалась лишь при ХОБЛ III и IV ст (54±8% и 48±12%).При наличии тяжелого обструктивного синдрома у пациентов с ХОБЛ IV ст наблюдается снижение VE до 38,5±20,3 см/сек, соотношение E/A до 0,8±0,5, с повышением доплеровского индекса ЛЖ до 0,78±0,12.Таким образом, при нарастании степени бронхиальной обструкции до III-IV стадии ХОБЛ процессы ремоделирование миокарда ЛЖ становятся аналогичными дезадаптационному ремоделированию ЛЖ при ИБС без гипертонии.

643. МИКРОБИОЦЕНОЗ НИЖНИХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ БОЛЬНЫХ ХОБЛ ПРИ НАРУШЕНИЯХ УГЛЕВОДНОГО ОБМЕНА

Меньков Н.В.-1, Любавина Н.А.-1, Дегтева Г.К.-2, Варварина Г.Н.-1, Малышева А.А.-1, Беляева Е.В.-2, Ермолина Г.Б.-2, Борискина Е.В.-2.
Нижегородская Государственная Медицинская Академия-1, Нижегородский НИИ эпидемиологии и микробиологии им. акад. Блохиной И.Н.-2.

Цель работы: изучить микробиоценоз нижних дыхательных путей (НДП) у больных, имеющих сочетание ХОБЛ с сахарным диабетом или нарушением толерантности к глюкозе. Проведено обследование 35 больных ХОБЛ, 20 пациентов имели сахарный диабет 2 типа или нарушение толерантности к глюкозе, у 15 человек нарушений углеводного обмена не было. Всем больным исследовали показатели функции внешнего дыхания, посев мокроты на микрофлору, уровень гликемии натощак, уровень гликозилированного гемоглобина. Анализ микрофлоры всех обследованных больных ХОБЛ показал высокий процент выделения зеленящих стрептококков, гемолитических стрептококков, нейссерий и стоматококков, характерных для микробиоценоза верхних дыхательных путей. Также в обеих группах пациентов были выявлены энтеробактерии, стафилококки, грибки рода Candida, в единичных случаях- гемофильные палочки, пневмококки, энтерококки, дифтероиды, моракселлы, плесневые грибы. В группе пациентов с нарушениями углеводного обмена было отмечено, что независимо от степени тяжести ХОБЛ, у обследованных больных с компенсированными показателями углеводного обмена в составе микрофлоры НДП выявлялись 1-3 вида микроорганизмов, а при декомпенсации сахарного диабета чаще выявлялись ассоциации 4-6 микроорганизмов. В группе пациентов без нарушений углеводного обмена различия в составе микрофлоры НДП отмечались в зависимости от степени тяжести ХОБЛ: у больных с легким течением ХОБЛ выделялись 1-2 вида микроорганизмов, а у больных с

тяжелым течением ХОБЛ-ассоциации 3-6 видов микроорганизмов. На основании полученных результатов можно предположить, что наличие декомпенсации сахарного диабета способствует более высокому уровню бактериальной колонизации НДП, что может привести к более длительному и тяжелому течению воспалительного процесса у больных ХОБЛ.

644. АССОЦИАЦИЯ НАРУШЕНИЯ МЕХАНИЧЕСКИХ СВОЙСТВ ЦЕНТРАЛЬНЫХ АРТЕРИЙ И СОСТОЯНИЯ МИОКАРДА ПРИ ХОБЛ

Бродская Т.А., Гельцер Б.И., Невзорова В.А.
Владивостокский государственный медицинский университет

Цель: Изучение патофизиологических взаимосвязей повышения артериальной ригидности при хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ). Методы: Проведено обследование 60 больных с I-III стадиями ХОБЛ в период обострения и ремиссии, 25 здоровых добровольцев методом неинвазивной артериографии (артериограф TensioClinic TL1 (TensioMed, Венгрия)) с определением скорости распространения пульсовой волны в аорте (СПВА). Ультразвуковое исследование сердца проводили на аппарате «Sonoline versa plus» (“Siemens”, Германия). Результаты: Для больных ХОБЛ было характерно нарушение жесткости центральных артерий, характеризующееся закономерным повышением СПВА в I и II стадиях заболевания, со снижением в III стадии. СПВА незначительно зависела от уровня прогрессивно нарастающего уровня гипоксемии ($r=-0,285$ ($p>0,05$)), но была связана с нарушением диастолической функции левого желудочка (ЛЖ) –соотношением скоростей трансмитрального кровотока (E/A) и удлинением индекса периода изгнания ($r=-0,571$ и $r=-0,493$ ($p<0,05$)), а так же индексом массы миокарда ЛЖ ($r=0,612$ ($p<0,05$)). Показатель насосной функции сердца (фракция выброса ЛЖ (ФВ)) был положительно связан с СПВА ($r=0,372$ ($p<0,05$)). Интегрирующий показатель производительности сердца – сердечный индекс (СИ) тесно коррелировал с СПВА ($r=0,884$ ($p<0,01$)). Заключение: Развитие ригидности центральных артерий и формирование жесткости миокарда ЛЖ при ХОБЛ взаимосвязаны, взаимозависимы и, скорее всего, обусловлены едиными патогенетическими механизмами. Именно функциональное состояние миокарда во многом определяет динамику изменения механических свойств аорты в процессе эволюции ХОБЛ и на далеко зашедших стадиях заболевания может обуславливать «парадоксальное» снижение СПВА, не связанное с улучшением эластичности аорты.

645. ФАКТОРЫ ПОВЫШЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ РИГИДНОСТИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ

Бродская Т.А., Гельцер Б.И., Невзорова В.А., Моткина Е.В.
Владивостокский государственный медицинский университет

Цель: Поиск причин нарушения механических свойств центральных артерий у больных хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ). Методы: Обследовано 54 больных с I-III стадиями ХОБЛ в период обострения и ремиссии, а так же 25 добровольцев соответствующего пола и возраста методом неинвазивной артериографии (артериограф TensioClinic TL1 (TensioMed, Венгрия)). SaO_2 измеряли с использованием пальцевого пульсоксиметра. Содержание стабильных метаболитов NO в плазме крови – колориметрическим методом с реактивом и ИЛ10 в плазме крови определяли методом αGreiss. Уровни цитокинов ФНО сэндвич-вариантом твердофазного ИФА на иммуноферментном анализаторе “Multiscan” (Финляндия) с реактивами “R&D Diagnostics Inc.” (США). Цитокиновый индекс /ИЛ10. Общую оксидантную (ООА) и общуюα(ЦИ) рассчитывали как соотношение ФНО, антиоксидантную (ОАА) активность в плазме крови исследовали спектрофотометрическим методом, оксидативный индекс

считали как ООА/ОАА. Результаты: Независимо от периода обострения и ремиссии, у больных ХОБЛ жесткость центральных артерий была повышена. Это выражалось в увеличении скорости пульсовой волны в аорте (СПВА) и индекса аугментации (ИА). По данным корреляционного анализа, СПВА и ИА были связаны с гипоксемией (r =-0,461 и r =-0,492 (p<0,01)) и уровнем NO (r=-0,537 и r=-0,393 (p<0,01)). Статистически недостоверными оказались значения показателей корреляции между жесткостью аорты и ЦИ (r =0,101 и r =0,082 (p<0,01)), а так же ООА/ОАА (r=0,211 и r=0,119 (p<0,01)). Заключение: По нашим данным повышение артериальной ригидности при ХОБЛ более вероятно связано с гипоксемией и гипонитрооксидемией, чем с уровнем системного воспаления и оксидативного дисбаланса. Вопрос требует дальнейших исследований.

646. АРТЕРИАЛЬНАЯ РИГИДНОСТЬ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ

Бродская Т.А., Гельцер Б.И., Невзорова В.А.
Владивостокский государственный медицинский университет

Цель: Изучение механических свойств центральных артерий у больных хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ). Методы: Проведено обследование 60 больных с I-III стадиями ХОБЛ в период обострения и ремиссии, 25 здоровых добровольцев методом неинвазивной артериографии (артериограф TensioClinic TL1 (TensioMed, Венгрия)) с определением скорости пульсовой волны в аорте (СПВА), индекса аугментации (ИА) и соотношения систолического и диастолического индексов площади коронарной перфузии (ИПС/ИПД). Результаты: В целом по группе больных ХОБЛ жесткость центральных артерий выше, чем у здоровых лиц и характеризуется увеличением СПВА, повышением ИА и ИПС/ИПД. Нарушение артериальной ригидности мало изменяется в период обострения и ремиссии, что может свидетельствовать об органической природе нарушений. Увеличение артериальной ригидности не нарастает параллельно тяжести ХОБЛ. 1,2м/с; ИА±Жесткость аорты повышается в I и II стадиях заболевания (СПВА 10,24 6,1% (p±-15,2<0,05)), и снижается, приближаясь к нормальным значениям, в III 6,5% (p±1,5м/с; ИА -45,5±стадии (СПВА 7,5>0,05)). На первых этапах увеличение жесткости можно объяснить усилением воздействия патогенетических факторов ХОБЛ, а снижение СПВА в III стадии - нарастающей гиподинамией миокарда. Индекс ИПС/ИПД тесно коррелирует с уровнем гипоксемии, тяжестью и длительностью заболевания, что позволяет считать его дополнительным информативным критерием тяжести ХОБЛ и кардиоваскулярного риска. Выводы: У больных ХОБЛ наблюдается повышение артериальной ригидности устойчивого характера, что может играть важную роль в патогенезе кардиоваскулярных расстройств у этих больных. Учитывая возрастающий интерес к исследованию жесткости артерий, как надежному предиктору кардиоваскулярного риска, необходимы дальнейшие исследования вопроса.

647. ГЕНТИЧЕСКИЕ ПРЕДПОСЫЛКИ НАРУШЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ РИГИДНОСТИ У БОЛЬНЫХ ХОБЛ

Невзорова В.А., Бродская Т.А., Гельцер Б.И., Моткина Е.В., Кочеткова Е.А.
Владивостокский государственный медицинский университет

Цель: Изучение взаимосвязи полиморфизма гена коллагена I типа альфа-1 (COL1A1), ss вариант которого ассоциируется с повышением ригидности артерий при атеросклерозе, с маркерами артериальной ригидности при хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ). Методы: Обследовано 28 больных с I-III стадиями ХОБЛ и 15 добровольцев соответствующего пола и возраста. Жесткость артерий исследовали методом неинвазивной артериографии (артериограф TensioClinic TL1 (TensioMed, Венгрия)). Полиморфизм Sp1 гена COL1A1 (генотипы SS, Ss, ss) определяли методом полимеразной

цепной реакции. Результаты: В целом по группе больных ХОБЛ жесткость центральных артерий выше, чем у здоровых лиц и характеризуется увеличением скорости пульсовой волны в аорте (СПВА) и индекса аугментации (ИА). Обнаружено преобладание дефектного гомозиготного рецессивного (ss) полиморфизма COL1A1 гена у пациентов с ХОБЛ по сравнению с группой контроля ($p<0,05$). Распространенность ss COL1A1 генотипа была наиболее высокой среди больных тяжелой ХОБЛ (85,6% у больных III стадией ХОБЛ и 0% у здоровых ($p<0,001$)). Наблюдалась так же связь ss полиморфизма гена COL1A1 с маркерами артериальной жесткости: с СПВА $r =0,574$ ($p<0,01$), с ИА $r =0,359$ ($p<0,05$). Заключение: Результаты нашего исследования говорят о том, что нарушение полиморфизма COL1A1 гена (преобладание его рецессивного ss варианта) может выступать одним из условий ухудшения механических свойств центральных артерий у пациентов с ХОБЛ.

648. КЛИНИКО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ СИМПТОМАТИЧЕСКОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У БОЛЬНЫХ ХОБЛ

Провоторов В.М.-1,Малыш Е. Ю.-1, Зайцева Т.И.-2
ВГМА им. Бурденко-1, МУЗ ГКБ (СМП) №1-2

Цель. Целью данного исследования явилось определение клинико-функциональных особенностей артериальной гипертензии у больных ХОБЛ. Материалы и методы. В исследование было включено 82 больных с обострением ХОБЛ и повышенным артериальным давлением (АД) на момент поступления в стационар. Давность ХОБЛ составила 4-8- лет. В зависимости от давности повышения АД больные были разделены на 2 группы. В 1 группу вошли 46 больных ХОБЛ, у которых повышение АД отмечается спустя 3 и более года от момента заболевания ХОБЛ. Во 2 группу вошли 36 больных ХОБЛ, у которых давность повышения АД равна или превышает давность заболевания ХОБЛ. Всем больным проводилось суточное мониторирование АД (СМАД), допплерэхокардиография с определением среднего давления в легочной артерии (ЛАДср), спирография. Результаты. По результатам СМАД выявлены следующие достоверные различия суточного профиля АД в группах. Больные 1 группы имели мягкую или умеренную систолическую артериальную гипертензию (АГ) преимущественно в ночное время. Большинство больных (88%) имели патологический тип суточной кривой, т.е. недостаточное ночное снижение АД или ночные значения АД превышали дневные. Для больных 2 группы характерна умеренная систолическая АГ преимущественно в дневное время и большинство больных (53%) имели нормальный суточный индекс АД. При определении ЛАДср. обнаружено его достоверное повышение у больных 1 группы (более 20мм.рт.ст.) и нормальные значения у больных 2 группы (менее 20мм.рт.ст.). Показатели спирографии также достоверно различались между группами. Выводы. Повышение АД на фоне ХОБЛ нередко носит симптоматический характер, развивается на фоне ХОБЛ, имеет определенные особенности суточного профиля АД и сопряжено с повышением давления в малом круге кровообращения.

649. ОЗОНОТЕРАПИЯ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ

Буторов С.И., Буторов И.В., Бодруг Н.И., Крушка С.И
Государственный Университет Медицины и Фармации им. "Н. Тестемицану ",
г. Кишинев. Молдова

Цель исследования–изучить эффективность озонотерапии в комплексе восстановительного лечения при хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ). Материал и методы. В исследование включено 60 больных ХОБЛ в фазе затихающего обострения. Больные основной группы (n=30) дополнительно к базисной терапии получали озонотерапию, группы контроля (n=30) только базисное медикаментозное

лечение. Результаты исследования. По окончанию 3-х недельного курса лечения у больных основной группы уровень сиаловых кислот снизился с 224,4±4,8 до 200,4±5,6 ед. ($p<0,05$), серомукоида с 0,317±0,008 до 0,245±0,004 ед. ($p<0,05$), фибриногена с 4,9±0,38 до 3,7±0,32 г/л ($p<0,05$). У больных группы контроля уровень сиаловых кислот снизился с 226,8±4,9 до 214,5±5,1 ед. ($p>0,1$), серомукоида с 0,319±0,009 до 0,298±0,007 ед. ($p>0,1$), фибриногена с 4,2±0,42 до 4,2±0,54 г/л ($p>0,1$). Клинический индекс тяжести (КИТ) у больных основной группы снизился с 1,62 до 0,38; лабораторный – с 1,08 до 0,16; лейкоцитарный индекс интоксикации – с 0,96 до 0,08. В группе контроля изменился лишь КИТ, составивший по окончанию лечения 0,84 против 1,65. Наряду с регрессией субъективной симптоматики у больных основной группы ОФВ1 увеличилась - с 58,7±0,6 до 68,4±0,8% ($p<0,05$), МОС75 – с 42±1,2 до 56±1,3%($p<0,05$), в группе контроля достоверных положительных изменений в показателях ФВД не отмечено.Заключение. Включение в комплекс лечебно-восстановительных мероприятий больных ХОБЛ озонированного физиологического раствора приводит в более короткие сроки к нормализации лабораторно-биохимических индексов воспаления.

650. КЛИНИКО-ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ В ПРОЦЕССЕ ДЛИТЕЛЬНОГО ПРИМЕНЕНИЯ ФЕНСПИРИДА

Буторов С. И.
Государственный Университет Медицины и Фармации им. "Н. Тестемицану",
г. Кишинев. Молдова

Цель исследования: изучить влияние длительного применения фенспирида на динамику клинических симптомов и параметры ФВД у больных хронической обструктивной болезнью легких. Материал и методы: в исследование включили 68 пациентов с ХОБЛ в возрасте от 35 до 62 лет (средний возраст - 55,4±1,5 лет). Больные основной группы (n=34), в дополнение к стандартной терапии получали фенспирид по 80 мг 2 раза в день на протяжении 6 месяцев, группа контроля (n=34) - стандартную терапию. Результаты исследования. В результате 6-и месячного применения фенспирида при I стадии ХОБЛ кашель уменьшился в 2,3 раза (с 1,42±0,18 до 0,63±0,09 балла; $p<0,001$), выделение мокроты сократилось в 3,9 раза (с 1,38±0,26 до 0,35±0,17 балла; $p<0,001$), одышка уменьшилась в 2,2 раза (с 1,67±0,18 до 0,76±0,18 балла; $p<0,001$). У больных II стадией кашель уменьшился в 1,9 раза (с 1,74 ±0,17 до 0,88±0,17 балла; $p<0,001$), выделение мокроты - в 2,1 раза (с 1,91 ±0,17 до 0,90±0,15 балла; $p<0,001$), одышка уменьшилась в 1,7 раза (с 1,99±0,17 до 1,11 ±0,12 балла; $p<0,01$). У больных группы контроля при I и II стадии ХОБЛ к окончанию 6-го месяца лечения отмечена достоверная динамика только в отношении выраженности кашля. Через 6 месяцев лечения у больных основной группы ОФВ1 увеличился с 50,1±3,12 до 64,5±2,81% ($p<0,01$), в группе контроля с 51,8±3,44 до 56,6±3,28% ($p>0,1$). Частота обострений заболевания при I стадии ХОБЛ сократилась в 3,8 раза, при II – в 1,9 раза, в группе контроля в 1,5 и 1,2 раза, соответственно. Заключение. Добавление в схему лечения больных ХОБЛ противовоспалительного препарата фенспирид имеет определенные преимущества перед стандартной терапией.

651. ИНФЕКЦИЯ И БРОНХООБСТРУКЦИЯ ПРИ ОБОСТРЕНИИ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ

Букреева Е. Б., Гудкова Л.В., Сеитова Г.Н., Мельник Т.Г., Нестерович С.В., Емельянович О.П.
Сибирский государственный медицинский университет, Томск

Обследовано 110 больных с обострением хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ) II – IV стадии болезни, средний возраст 51,5±14,1 года, средняя длительность

заболевания 16,5±10,3 года, среднее значение ОФВ1 58,0±19,8% от должного. Методы исследования. Проведена спирография, количественное бактериологическое исследование мокроты с определением концентрации бактерий в 1 мл, определение диагностически значимых титров IgG, IgM к Moraxella pneumoniae и Chlamydia pneumoniae иммуноферментными тест-системами, определение фрагментов генома этих микроорганизмов в мокроте методом ПЦР. Статистическая обработка материала проводилась с применением критерия Крускала-Уоллеса. Результаты: у 70% больных имел место инфекционный характер обострения ХОБЛ, частота моно- и микстинфекции составила 47% и 23%, соответственно. Преобладающим патогенном был Streptococcus pneumoniae (41,7%), тогда как частота Haemophylus influenzae, Moraxella catarrhalis, Moraxella pneumoniae, Chlamydia pneumoniae достоверно не отличалась (14,5%, 2,6%, 16,5%, 16,5%).Проведен анализ ОФВ1 в зависимости от характера инфекционного процесса. Значения ОФВ1 достоверно не отличались, как при инфекционном и неинфекционном обострении ХОБЛ (60,9±19,7% и 52,0±19,3%), так и при моно- и микстинфекции (61,2±18,9% и 60,5±21,3%). Вместе с тем, при анализе ОФВ1 при инфекционном процессе, вызванном разными патогенами, получены достоверные отличия. Так, наиболее низкие значения ОФВ1 имели место при инфекции Haemophylus influenzae (44,8±10%, p=0,034), а наиболее высокие – при инфекционном процессе, вызванном Moraxella catarrhalis (74,9±7,4%, p=0,048).Заключение: полученные данные свидетельствуют о взаимосвязи характера инфекционного процесса при обострении ХОБЛ и выраженности бронхообструкции.

652. РОЛЬ ВНУТРИКЛЕТОЧНЫХ ВОЗБУДИТЕЛЕЙ В ЭТИОЛОГИИ ОБОСТРЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ

Букреева Е. Б., Мельник Т.Г., Гудкова Л.В., Сеитова Г.Н., Емельянович О.П.
Сибирский государственный медицинский университет, Томск

Цель: изучение этиологии инфекционного процесса у больных хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ).Методы: обследовано 100 больных с обострением ХОБЛ II - III стадии болезни, возраст 32-75 лет, средний возраст 52,5 года. Проведены общеклинические методы обследования, спирография, бактериоскопия мазка мокроты по Грамму, количественное бактериологическое исследование мокроты с определением концентрации бактерий в 1 мл мокроты, определение диагностически значимых титров IgG, IgM к Chlamydia pneumoniae и Mycoplasma pneumoniae иммуноферментными тест-системами (соответственно, "Хлами-Бест" и "Trinity biotex"), определение фрагментов генома этих микроорганизмов в мокроте методом ПЦР (научно-производственная фирма Литех, научно-производственное объединение ДНК-технология). Результаты: инфекционный характер обострения ХОБЛ был выявлен у 80% больных, соответственно у 20% больных инфекционная природа обострения не доказана (роль вирусов в данной работе не исследовалась). Микоплазменная инфекция была верифицирована в 22% случаев обострения ХОБЛ, преимущественно в виде моноинфекции. У 19% больных обострение ХОБЛ было вызвано Chlamydia pneumoniae, причем в 60% случаев в ассоциации с другими патогенами, чаще всего с Haemophylus influenzae и Streptococcus pneumoniae. Заключение: 1) внутриклеточные патогены Chlamydia pneumoniae и Mycoplasma pneumoniae играют важную роль в этиологии обострения ХОБЛ, они явились причиной обострения у 41% больных и более, чем в половине случаев в виде моноинфекции. 2) При обострении ХОБЛ наиболее рациональным является выбор антибактериального препарата, действующего как на гемофильную палочку и пневмококк, так и на внутриклеточные патогены.

653. ДИНАМИКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У БОЛЬНЫХ С ОБОСТРЕНИЯМИ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ (ХОБЛ) НА ФОНЕ

ЛЕЧЕНИЯ.

Совалкин В.И., Стырт Е.А., Астафьев А.В., Погудина Т.С., Бочкарева С.П.
Омская областная клиническая больница

Повышение качества жизни (КЖ) у больных ХОБЛ - одна из основных целей и приоритетных задач в лечении. Цель исследования: Изучение КЖ у больных с обострением ХОБЛ на фоне лечения. Материалы и методы: в исследовании приняли участие 17 пациентов в возрасте от 30 до 70 лет, которые находились на лечении в стационаре в связи с обострением ХОБЛ. Больше половины из них (76,5%) были в зрелом возрасте, преобладали мужчины – 13 человек (76,5%). Все пациенты получали ипратропия бромид по 0,5 мг через небулайзер 4 раза в день, при показаниях проводилась антибактериальная терапия. Изучение КЖ проведено до и после лечения с помощью русскоязычной адаптированной версии St. George′s Hospital Respiratory Questionnaire. Результаты: На фоне лечения у 16 человек общий показатель КЖ улучшился по сравнению с исходным в пределах 2,49 – 41,52 баллов, у одной пациентки ухудшился на 2,27 балла. Не было найдено статистически значимой корреляции между показателями КЖ и длительностью болезни (p=0,35; r=0,14). Но при определении связи между показателями КЖ и количеством госпитализаций с помощью коэффициента ранговой корреляции по Спирмену была выявлена умеренная корреляция (p=0,01; r=0,605; ДИ 95% [0,59; 0,61]). При последующем анализе было обнаружено, что в группе больных с небольшим увеличением показателей КЖ на фоне лечения (не более 8 баллов), доля больных с тяжелым течением ХОБЛ была больше (33% против 12,5%; p = 0,33). Выводы: с увеличением числа обострений и госпитализаций КЖ больных ухудшается независимо от стадии болезни; адекватное лечение обострения позволяет улучшить показатели КЖ; пациенты с тяжелым течением ХОБЛ возможно хуже отвечают на лечение, что подчеркивает необходимость ранней диагностики, а измерение КЖ можно использовать как критерий контроля эффективности лечения.

654. ПАТОЛОГИЯ ПИЩЕВАРИТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ (ПС) ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ (ХОБЛ)

Кириллов С.М., Минченко И.И.,Пименов А. В.
Военно-медицинский институт, Саратов

Цель: оценка патогенетической связи ХОБЛ и патологии пищеварительной системы. Очевидно частое сочетание заболеваний ПС и ХОБЛ. Однако не ясна их патогенетическая связь Обследовано 672 больных ХОБЛ различной степени тяжести. Патология ПС наблюдалась у 356 чел. Отмечено явное преобладание мужчин (73%) в возрасте 60-75 лет. Основные виды патологии ПС: ГЭРБ-11,2%, гастрит-22,3%, язвенная болезнь желудка и 12-ти п.к.-11,0%, холецистит-25,4%, панкреатит-7,9%, заболевания кишечника-8%. Патология ПС оказалась однотипной для больных всех степеней тяжести ХОБЛ, особенно в случаях ее обострения, хотя и несколько превышала уровни в популяции. Выявлена атогенетическая самостоятельность большинства заболеваний ПС при ХОБЛ. Вместе с тем, очевидной оказалась большая частота эрозивных процессов в гастродуоденальной сфере при тяжелой ХОБЛ, а также нарастание случаев обострения заболеваний ПС при обострении ХОБЛ. Заключение: сочетание патологии ПС и ХОБЛ сказывается на характере клинического течения легочного процесса, утяжеляя его. Это требует внесения коррективов в диагностическую формулу и в характер терапевтических мероприятий.

655. АССОЦИАЦИЯ ПОЛИМОРФНЫХ ВАРИАНТОВ ГЕНОВ ФЕРМЕНТОВ МИКРОСОМАЛЬНОЙ МОНООКСИГЕНАЗНОЙ СИСТЕМЫ И АНТИОКСИДАНТНОЙ ЗАЩИТЫ С РАЗВИТИЕМ ХРОНИЧЕСКОЙ

ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ

Корытина Г. Ф., Л. З. Ахмадишина, Ш.З. Загидуллин, Т. В. Викторова
Институт биохимии и генетики Уфимского научного центра Российской академии наук, Уфа, ecolab_203@mail.ru

Цель исследования - поиск молекулярно-генетических маркеров развития ХОБЛ на основе изучения полиморфизма генов ферментов микросомальной монооксигеназной системы и антиоксидантной защиты. Материалы и методы: у 319 больных ХОБЛ и 462 здоровых жителей Республики Башкортостан методом ПЦР-ПДРФ анализа проведено изучение полиморфизма генов ферментов микросомальной монооксигеназной системы (CYP1A1,CYP1A2, CYP2A6, CYP2E1, EPHX1) и антиоксидантой защиты (CAT1, NQO1, GSTT1, GSTM1, GSTP1, GPX1). Математическую обработку результатов исследования проводили с использованием программы STATISTICA v.6.0. Результаты: 1. Выявлена ассоциация гаплотипа CYP1A2*1D гена CYP1A2 с развитием ХОБЛ (OR=2.013 95% CI 1.163-3.499). 2. Анализ гена EPHX1 показал, что риск развития ХОБЛ при наличии медленного фенотипа микросомальной эпоксидгидролазы повышен в 1.5 раза (OR=1.57 95%CI 1.13-2.18). 3. Было установлено, что гаплотип GSTP1*D гена GSTP1 является маркером риска развития ХОБЛ ($\chi2$=10.84, p=0.0018, pcor=0.0054; OR=2.16 95%CI 1.34-3.48).4. При анализе гаплотипов по маркерам -262C/T и C1167T гена CAT были выявлены достоверные различия между группами больных ХОБЛ и здоровыми индивидами ($\chi2$=15.148, df=3, p=0.002), которые были обусловлены высокой частотой гаплотипа (-262C/1167T) гена CAT у больных ХОБЛ (21.57% против 14.73% в контрольной группе; $\chi2$=9.397, p=0.0031, pcor=0.0093). Риск развития ХОБЛ у индивидов с данным гаплотипом по гену CAT увеличен в 1.6 раза (OR=1.59, 95%CI1.18-2.154).Заключение: нами было показано, что присутствие определённых полиморфных вариантов по маркерам генов микросомальной монооксигеназной системы и антиоксидантной защиты являются важной детерминантой индивидуальной реакции на токсичные вещества сигаретного дыма и

656. ПАТОЛОГИЯ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ

Федорова Т.А., Спирина Л.Ю., Канарейцева Т.Д.
ММА им. И.М.Сеченова

Целью исследования явилось изучение состояния слизистой оболочки желудка (СОЖ) и двенадцатиперстной кишки (ДПК) у 128 пациентов хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ) в возрасте от 39 до 68 лет. Методы исследования: Наряду с тщательным клиническим и лабораторно-инструментальным обследованием определяли газы крови, показатели функции внешнего дыхания, проводили эзофагогастродуоденоскопию с прицельной биопсией СОЖ и ДПК. Исследование Helicobacter pylori осуществляли с использованием морфологического и бактериологического методов. У всех обследованных больных эзофагогастродуоденоскопия в комбинации с гистологическим исследованием выявили патологические изменения в гастродуоденальной зоне, при этом клинические проявления были выражены скудно (у 40,6% пациентов). В СОЖ и ДПК обнаруживались гастриты и дуодениты различной степени. Выраженность атрофического антрального гастрита достоверно нарастала пропорционально тяжести течения ХОБЛ ($r=0,6$; $p<0,001$). У больных обнаруживались различные микроциркуляторные нарушения СОЖ (в антральном отделе- в 67,8% биопсий, в теле – в 50,8%): выраженный периваскулярный отек СОЖ на ранних стадиях ХОБЛ, внутрисосудистая агрегация эритроцитов, дилатация, запустевание сосудов, развитие периваскулярного фиброза - при нарастании бронхиальной обструкции и газовых расстройствах. Установлена прямая

корреляционная связь между степенью обсеменения СОЖ Helicobacter pylori и активностью гастрита у пациентов ХОБЛ (r=0,7; p<0,01).

657. ВЛИЯНИЕ ЛОЗАРТАНА И ПЕРИНДОПРИЛА НА МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ СЕРДЦА БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ.

Федорова Т.А. -1, Химочко Т. Г. -2, Рыбакова М.К. -3.
ММА им. И.М. Сеченова, Москва -1, КГ МСЧ ГУВД г. Москвы -2, РМАПО, Москва -3.

Результаты исследований выявляют важную роль изменений ренин-ангиотензин-альдостероновой системы в прогрессировании хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ). Цель работы - изучение влияния блокатора ангиотензиновых рецепторов лозартана (Л) и ингибитора ангиотензинпревращающего фермена периндоприла (П) на клиническое течение и морфофункциональные показатели сердца (МФПС) у больных ХОБЛ 2 и 3 степени тяжести. 6 больным к стандартной терапии (антибиотики, бронхолитики, глюкокортикоиды, отхаркивающие средства) присоединяли Л в дозе 50 мг/сут, 31 - П – 4 мг/сут. Длительность терапии составила 6 недель. Наряду с клиническим улучшением в обеих группах отмечена динамика МФПС наиболее выраженная на фоне приема П. Выявлено улучшение диастолической функции обоих желудочков сердца, преимущественно правого у 49% пациентов в группе П и у 32% в группе Л, снижение среднего давления в легочной артерии на 16 и 12 %% соответственно. Установлена хорошая переносимость обоих препаратов, нарастания кашля не отмечено.

658. ЗНАЧЕНИЕ ИЗМЕНЕНИЙ КОМПОНЕНТОВ РЕНИН-АНГИОТЕНЗИН-АЛЬДОСТЕРОНОВОЙ СИСТЕМЫ В ПАТОГЕНЕЗЕ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ, ЛЕГОЧНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ И ХРОНИЧЕСКОГО ЛЕГОЧНОГО СЕРДЦА

Федорова Т.А. - 1 Химочко Т. Г. - 2 Рыбакова М.К. - 3 Ройтман А.П. - 3
ММА им И.М. Сеченова, Москва -1, КГ МСЧ ГУВД г. Москвы -2, РМАПО, Москва-3

Целью настоящей работы явилось исследование связи изменений активности ангиотензинпревращающего фермента (АПФ) в различных биологических средах (кровь, мокрота, бронхиальное содержимое, ткань легкого) и концентрации альдостерона (КА) сыворотки крови с клиническим течением, данными функции внешнего дыхания и ЭХОКГ показателями у 198 больных хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ). Результаты исследования показали, что обострение ХОБЛ сопровождается увеличением активности тканевой АПФ на 50%. Выявлена прямая корреляционная связь активности тканевой АПФ с лабораторными показателями воспаления и обратная связь с показателями ОФВ1 и индекса Тиффно. Отмечена тенденция к повышению КА уже в ранних стадиях ХОБЛ (1 и 2). Корреляционный анализ выявил также тесную связь изменений активности тканевой АПФ и КА со степенью нарушения диастолической функции обоих желудочков сердца. При этом связь оказалась более сильной для правого желудочка.

659. ОПЫТ РАБОТЫ «ШКОЛЫ ПАЦИЕНТОВ С ХОБЛ»

З.Н.Токарева, А.А.Евдокимова, В.В. Рафинов, А.А.Ерманова, Е.А Жирнова
Министерство здравоохранения и социального развития Чувашской республики
МУЗ «Чебоксарская ЦРБ», отделение общей врачебной практики Ишакской СВА.

Одним из современных методов первичной профилактики заболеваний органов дыхания является организация работы «Школы пациентов с ХОБЛ». В МУЗ «Чебоксарская ЦРБ» в отделении общей врачебной практики Ишакской СВА с 01.02.04г. организована и функционирует Школа для пациентов, страдающих хронической обструктивной болезнью легких. Для оценки уровня сохранности знаний, полученных в Школе, на первом и последнем занятиях проводится анкетирование пациентов. В течение трех лет обучение в «Школе» прошли 179 пациентов с заболеваниями органов дыхания в возрасте от 17 до 72 лет. В апреле 2007г. по опроснику НИИ пульмонологии Росздрава на базе ООВП при Ишакской СВА было проведено анкетирование. По результатам анкетирования среди диспансерной группы больных «курящие» составили 59%, «некурящие» - 32%, «иногда курящие» - 5,3%, «бывшие курильщики» - 3,7% . Из числа «курящих» 27% хотели бы отказаться от этой вредной привычки. 19% «курильщиков» считают, что ХОБЛ проявляется затруднением дыхания, одышкой; 32% «курильщиков» разделяют мнение, что ХОБЛ характеризуется, прежде всего, кашлем, 4% считают, что ХОБЛ характеризуется болью в легких, 14% высказали мнение, что причина развития ХОБЛ – плохая экология, загрязнение воздуха, 3% «курильщиков» считают, что основной причиной развития ХОБЛ является работа на вредном производстве. 29% «курильщиков» затруднились ответить на поставленный вопрос «что по их мнению является наиболее вероятной причиной ХОБЛ?».
Учитывая важность отказа от вредных привычек данной категории пациентов, работа Школы показала следующие результаты: 42% пациентов задумались о том, что «надо меньше курить», у 31% пациентов сформирована устойчивая мотивация на здоровый образ жизни, у 12% - повышена приверженность к ведению здорового образа жизни и лечению современными лекарственными средствами 45% слушателям разработаны индивидуальные программные оздоровительные мероприятия по профилактике ХОБЛ.

660.ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ КОМБИНИРОВАННОЙ ИНГАЛЯЦИОННОЙ ТЕРАПИИ БЕРОДУАЛОМ И БЕКЛАМЕТАЗОНОМ ДИПРОПИОНАТОМ У БОЛЬНЫХ ТЯЖЕЛОЙ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ.

Трофимов В. И.,-1 Садыгов А. С.-2
Кафедра госпитальной терапии Санкт – Петербургского медицинского университета им. акад. Павлова-1, кафедра легочных заболеваний Азербайджанского медицинского университета-2.

При тяжелом течении заболевания стандартная бронходилатирующая терапия часто является недостаточной для предотвращения и снижения активности воспалительного процесса в дыхательных путях. Обследованы 72 больных ХОБЛ тяжелой степени в стадии ремиссии которые были включены в исследование в соответствии со следующими критериями: установленный диагноз «ХОБЛ» III стадия ; клинически стабильное состояние в течение последних 4 нед., возраст пациентов $\geq$ 40 лет, индекс курения $\geq$ 10 пачко/лет, прирост ОФВ1 < 12 % (и < 200 мл) по сравнению с исходным значением после ингаляции 400 мкг сальбутамола. Больные рандомизированы на 3 группы: 1-й группе (23 больных) в течение 12 нед. проводилась фармакотерапия Беродуалом в суточной дозе 200/80 мкг; 2-й группе пациентов (21 человек) назначался ингаляционно БДП в суточной дозе 1500 мкг, 3-й группе (28 человек) – Беродуал в сочетании с БДП в дозе 1500 мкг в сут. Пациенты 2-й группы в период наблюдения для купирования симптомов могли использовать сальбутамол. До начала лечебного периода группы по выраженности клинических симптомов, функциональным и иммунологическим показателям, результатами теста с 6- минутной ходьбой существенно не отличались. В-1й группе пациентов, принимающих Беродуал, уже к 4-й нед выявлено уменьшение выраженности одышки. К 8-й нед лечения отмечено достоверное уменьшение кашля, продукции

мокроты, а также дальнейшее уменьшение выраженности одышки. К 12-й нед терапии зафиксирована наименьшая выраженность симптомов. Было отмечено повышение ОФВ1 к 4-й нед. лечения на 9% , к-8-й нед. лечения – на 17% , к 12-й нед терапии – на 20% в сравнении с исходными данными. Во 2-й группе пациентов, получавших беклометазон , не отмечено достоверных различий между выраженностью кашля , продукцией мокроты и одышки до лечения и на фоне приема препарата, но к концу 12-й нед. лечения снизилась потребность в короткодействующих β2 - агонистах. В 3-й группе больных, принимающих комбинацию беродуала и БДП, уже к 4 нед. лечения отмечено уменьшение выраженности всех изучаемых симптомов. Выявленное улучшение поддерживалось на протяжении всего периода лечения и к 12-й нед терапии кашель уменьшился в 1,8 раза, продукция мокроты в 1,7 раза, выраженность одышки в 1,5 раза. В этой группе были более высокие показатели ФВД по сравнению с 1-й и 2-й группами. Применение комбинации Беродуала и БДП привело к повышению ОФВ1 уже к - 4 - й нед. терапии на 17% , в дальнейшем эффект препаратов нарастал: к – 8-й нед лечения прирост ОФВ1 составлял к 12-й нед. - 26% от исходных значений. Проведенные исследования показали, что современная медикаментозная терапия ХОБЛ позволяет управлять не только клиническими симптомами болезни, но и влиять на КЖ пациентов.

661. ОЦЕНКА КЛИНИЧЕСКИХ ПРИЗНАКОВ И СИМПТОМОВ У БОЛЬНЫХ С ТЯЖЕЛЫМ ОБОСТРЕНИЕМ ХОБЛ

Нуралиева Г.С, Авдеев С.Н, Чучалин А.Г.
ФГУ НИИ Пульмонологии Росздрава, Москва

Цель: Оценить воспроизводимость клинических признаков и симптомов у больных с тяжелым обострением ХОБЛ, их значимость и взаимосвязь с функциональными параметрами.
Методы: открытое, проспективное исследование. Включались больные с тяжелым обострением ХОБЛ ($ОФВ_1$< 1л, PaO_2 < 60 мм рт.ст., $PaCO_2$ > 45 мм рт.ст). Мерой «несогласия исследователей» являлся коэффициент каппа (к).
Результаты: Были включены 26 пациентов с ХОБЛ: возраст - 65±6 лет, стаж курения - 47±17п/лет, pH 7.40±0.03, PaO_2 52.3±5.0 мм рт.ст, $PaCO_2$ 50.1±8.0 мм рт.ст. При поступлении в стационар наблюдались клинические признаки и симптомы, говорящие о тяжести данного заболевания: цианоз (84%), отеки (78%), признаки включения в дыхание вспомогательной дыхательной мускулатуры (54%), раздувание крыльев носа (47%), ортопное (34%). Полное согласие специалистов по коэффициенту каппа (к) было получено по признаку раздувание крыльев носа (0.92); высокое согласие: губы, сложенные трубочкой (0.77), респираторный пульс (0.69), отеки (0.69), инспираторное укорочение трахеи (0.68); признак Гувера (0.62); умеренное согласование получено по ортопное (0.50) и парадоксальному дыханию (0.46) и слабое согласование по цианозу (0.32). Клинические признаки Гувера и инспираторное укорочение трахеи коррелирует с функциональными параметрами.
Выводы: Клиническая оценка легочной гиперинфляции необходим при ведении больных с тяжелым обострением ХОБЛ, для чего следует использовать такие клинические симптомы: как признак инспираторное укорочение трахеи, признак Гувера, «респираторный пульс» и «губы сжатые трубочкой».

662. СМЕРТНОСТЬ ЛИЦ ПЕНСИОННОГО ВОЗРАСТА ОТ ХОБЛ В РЕСПУБЛИКЕ ТАТАРСТАН

Пронина Е.Ю., Гильманов А.А., Визель А.А.
ГОУ ВПО «Казанский медицинский университет» Росздрава

Цель: провести анализ смертности от ХОБЛ лиц пенсионного возраста в Республике Татарстан. Материал и методы: ретроспективный анализ. Результаты: смертность от ХОБЛ лиц пенсионного возраста в Татарстане (23,7; 35,2 и 24,9 случаев на 100 тыс. в 1996, 2000 и 2005гг.) высока и превосходит таковую для трудоспособных (2,7; 4,1 и 3,5 на 100 тыс. в 1996, 2000 и 2005гг. соответственно) в 10 раз. Уровень смертности от ХОБЛ мужчин-пенсионеров в республике составляет основную часть мужской и общей смертности (12,4; 24,5 и 19,7 на 100 тыс. в 1996, 2000 и 2002гг. соответственно). До 2002 года возрастом, когда смертность от ХОБЛ мужского населения была наибольшей, были 70-74 года (максимум: 6,96 на 100 тыс. в 2000г.). В 2002г. в Татарстане было зарегистрировано два «пика» смертности мужчин от ХОБЛ: в возрасте 55-59 лет (5,52 на 100 000) и в возрасте 70-74 лет (5,91 на 100 тыс.). Практически все случаи смертей женщин от ХОБЛ касались лиц пенсионного возраста (11,3; 10,7 и 8,0 на 100 тыс. в 1996, 2000 и 2002гг. соответственно). Наибольшие значения отмечали в возрастной группе «85 лет и старше» (4,06; 3,33 и 2,34 на 100 тыс. в 1996 и 2002гг.). Вывод: максимальные значения смертности от ХОБЛ в Татарстане зарегистрированы среди лиц пенсионного возраста с явным преобладанием в структуре мужчин. Наибольшее количество смертей приходится на возраст 70-74 лет. В настоящее время смертность от ХОБЛ взрослого населения республики, в том числе лиц пенсионного возраста постепенно снижается, что является отражением улучшения организации и качества оказания медицинской помощи этой категории больных.

663. КАЧЕСТВО ЖИЗНИ НА ФОНЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ БИСОПРОЛОЛА У ПОЖИЛЫХ БОЛЬНЫХ АГ И ХОБЛ

Нуфтиева А.И.-1, Турланов К.М.-1, Нурмакова М.А.-1, Смагулова Г.А. - 2
КазНМУ им. СД.Асфендиярова, Алматы - 1, ЗКГМА им.М.Оспанова, Актобе - 2

Целью настоящего исследования стала оценка качества жизни пожилых пациентов артериальной гипертензией (АГ), сочетанной с хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ) на фоне применения высококардиоселективного β-адреноблокатора бисопролола. **Дизайн** исследования включал обследование 138 пожилых пациентов, средний возраст которых составил 72,2 ± 0,4 года. У 88 больных АГ сочеталась с ХОБЛ, при этом у 16 человек имелась АГ I степени, у 34 – II и у 38 – III соответственно. Исследование качества жизни больных АГ и ХОБЛ на фоне приема бисопролола проведено в рамках опроса пациентов с применением международного опросника SF – 36 (Short Form – 36 Health Survey). Результаты: при анализе ответов респондентов выявлены неодинаковые показатели по разным шкалам ($p < 0,001$). По показателю общего здоровья большинство пациентов отметили посредственное состояние здоровья (в 100 % больные АГ и в 83 % - ХОБЛ соответственно). Снижение физической активности наблюдалось в обеих группах (крайне низкая толерантность к тяжелым физическим нагрузкам была более выражена у больных АГ – в 88,0 ± 0,5 против 59,0 ± 0,7 у пациентов с ХОБЛ). У больных АГ, по сравнению с больными ХОБЛ на высоком уровне сохраняется социальная активность (социальные контакты не отражались на самочувствии в 58,0 ± 0,9 % случаев, тогда как у больных ХОБЛ – в 38,8 ± 0,8 % соответственно). Между подгруппами выявлено достоверное ($p < 0,001$) различие между уровнем качества жизни больных: у больных АГ значительно выше показатели ролевого эмоционального функционирования, суммарные показатели социальной и физической активности, общего здоровья.
Заключение: Бисопролол у пожилых пациентов АГ на фоне ХОБЛ улучшает практически все показатели качества жизни и может использоваться для длительного лечения АГ при данном сочетании.

664. РАСПРЕДЕЛЕНИЕ ФОРМ ЭМФИЗЕМЫ У БОЛЬНЫХ ХОБЛ.

Аверьянов А.В.[1], Поливанов Г.Э. [1], Поливанова А.Э.[1], Чучалин А.Г.[1], Перепечин В.И.[2]

[1]ФГУ НИИ пульмонологии Росздрава, [2] Институт хирургии им. А.В.Вишневского Росмедтехнологий

Цель: изучение распространенности, частоты развития различных форм эмфиземы, особенностей локализации эмфиземы на разных стадиях ХОБЛ.
Результаты: У 64 больных с подтвержденным диагнозом ХОБЛ, обследованных методом компьютерной томографии высоких разрешений, признаки деструкции легочной паренхимы разной степени выраженности были обнаружены у 53 пациентов (83%). Наиболее часто встречались смешанные формы – центриацинарной (ЦАЭ) с панацинарной эмфиземой (ПАЭ) (39%), а также изолированная ЦАЭ (31%). Парасептальная эмфизема (ПСЭ) выявлена у 8 пациентов (12,5%), однако она сочеталась с ЦАЭ или смешанной эмфиземой. Отдельных случаев ПАЭ и ПСЭ в нашем исследовании не зафиксировано. Буллезные изменения в легких были частой находкой у больных ХОБЛ, обнаруживаясь у 44% пациентов, однако они всегда сопутствовали тем или иным вариантам эмфиземы. Изолированная ЦАЭ локализовалась в большинстве случаев (90%) в верхних зонах. Смешанные варианты эмфиземы напротив распределялись чаще (68%) по всем этажам легочной ткани. Изолированное поражение верхних отделов легких смешанной эмфиземой наблюдалось ~ у трети больных (32%). Больше половины булл (54%) локализовались в верхних зонах. Бизональные буллезные образования обнаружены в 25% случаев. У 6 пациентов (21%) буллы располагались в нижних отделах. Локализация эмфиземы также была связана с тяжестью течения ХОБЛ. На 1-2 стадиях заболевания паренхиматозная деструкция наблюдалась преимущественно в верхних зонах легких. По мере прогрессирования эмфизема распространялась и на нижние зоны. На 1 ст. болезни верхняя локализация эмфиземы обнаруживалась у 80% больных, в то время как на 4 ст. ее доля снижалась до 44%. Наоборот, диффузные формы эмфиземы увеличивали свое представительство с 20% на 1-й до 56% на 4-й стадии ХОБЛ.
Выводы: Эмфизема является частым, но не обязательным патологическим процессом у больных ХОБЛ. На ранних стадиях заболевания преобладают верхнедолевая локализация центриацинарной эмфиземы. Для последних стадий ХОБЛ характерно диффузное поражение легочной ткани смешанными формами эмфиземы.

665. ЦИТОКИНОВЫЙ И ПРОТЕАЗНО-АНТИПРОТЕАЗНЫЙ СТАТУС У БОЛЬНЫХ ЭМФИЗЕМОЙ.

Аверьянов А.В.[1], Поливанова А.Э.[1], Зыков К.А.[2], Чучалин А.Г.[1], Николаев Г.В.[3]
[1]ФГУ НИИ пульмонологии Росздрава, [2]МГМСУ Росздрава, [3]Институт высоких медицинских технологий СПГУ

Материалы и методы: Проведено сравнительное исследование сывороточных уровней интерлейкина-8 (ИЛ-8), фактора некроза опухоли-α, нейтрофильной эластазы (НЭ), альфа-1-антитрипсина, матриксной металлопротеиназы-9 (ММП-9), тканевого ингибитора металлопротеиназы 1 типа (ТИМП-1), эндотелиального фактора роста (ЭФР) и трансформирующего фактора роста β-1 (ТФР-β1) методом иммуноферментного анализа у больных ХОБЛ, имеющих рентгенологические и денситометрические признаки эмфиземы легких, и в группе ХОБЛ без эмфиземы. Исследование проведено в фазу стабильного течения заболевания.
Результаты: У больных с эмфиземой (n=29) выявлены достоверные отличия лишь по одному параметру – отношению ММП-9 к ТИМП-1, который в группе эмфиземы составил 1,09+0,95 , в то время как у больных без эмфиземы (n=6) такое соотношение было 0,48+0,40, $p<0,01$. Несмотря на превышение средних концентраций ИЛ-8, ЭФР, ММП-9, НЭ и ТФР-β1 в сыворотке крови в группе эмфиземы, данные тенденции не получили статистического подтверждения.

Выводы: В нашем исследовании среди факторов патогенеза ХОБЛ у больных эмфиземой легких продемонстрировано значение нарушения баланса между сывороточными уровнями матриксной металлопротеиназы-9 и тканевого ингибитора металлопротеиназ-1.

Экология

666. ГУМОРАЛЬНЫЕ ФАКТОРЫ ИММУНИТЕТА В ОТДАЛЕННОМ ПЕРИОДЕ ПОСЛЕ КОМБИНИРОВАННОГО ВЛИЯНИЯ ГАММА-ОБЛУЧЕНИЯ 0,2Гр И АСБЕСТОВОЙ ПЫЛИ

Жетписбаев Б.А.-1, Ильдербаев О.З.-1, Кашанский С.В.-2, Ерменбай О.Т.-1, Базарбаев Н.А.-1
Семипалатинская государственная медицинская академия, Казахстан-1, ФГУН ЕМНЦ ПОЗРПП Роспотребнадзора, Екатеринбург, Россия-2

Целью нашей работы явилось изучение гуморального звена иммунитета при комбинированном воздействий асбестовой пыли и гамма-облученния в дозе 0,2Гр в отдаленном периоде в эксперименте. Методы исследования: Животные были разделены на 2 группы: I группа – интактные, II группа – облученные+затравка асбестовой пылью. Для воспроизведения асбестоза крысам интратрахеально вводилась хризотил-асбестовая пыль методом Е.Н. Городенской, в модификации В.И. Парашиной (Гадаскина И.Д.,1954). Облучали однократно за 90 суток до исследования на установке Агат-РМ Со60 в дозе 0,2Гр. Результаты: В отдаленном периоде после комбинированного воздействия количество лейкоцитов достоверно не отличалось, наряду с этим отмечено достоверное повышение как абсолютного, так и процентного количества лимфоцитов с 2752±110,24 до 4655±441,08 в 1 мкл ($P<0,01$), а процентное количество с 39,01±3,24% до 61,29±4,80% ($P<0,05$). В этот период у опытных крыс с увеличением числа Т-лимфоцитов отмечается повышение абсолютного и процентного числа В-лимфоцитов 831,85±94,09 в 1 мкл и 14,57±1,21% ($P<0,01$) в сравнении с контрольной группой животных. Число АОК в селезенке снижалось с 49,02±3,51% до 26,56±2,43% ($P<0,01$), отмечено также снижение концентрации ЦИК в сыворотке крови почти на 14% ($P<0,05$). Заключение: При комбинированном воздействии пыле-радиационного фактора на организм отмечено достоверное повышение количества В-лимфоцитов, снижение антителообразующей способности селезенки и концентрации ЦИК в сыворотке крови. Угнетение гуморального иммунитета является следствием выявленного нами дисбаланса иммунорегуляторных иммунных клеток с нарушением процессов кооперации иммунных клеток.

667. Т-СИСТЕМЫ ИММУНИТЕТА В ОТДАЛЕННОМ ПЕРИОДЕ ПОСЛЕ КОМБИНИРОВАННОГО ВЛИЯНИЯ ГАММА-ОБЛУЧЕНИЯ 0,2Гр И АСБЕСТОВОЙ ПЫЛИ

Жетписбаев Б.А.-1, Ильдербаев О.З.-1, Кашанский С.В.-2, Ерменбай О.Т.-1
Семипалатинская государственная медицинская академия, Казахстан-1, ФГУН ЕМНЦ ПОЗРПП Роспотребнадзора, Екатеринбург, Россия-2

Целью нашей работы явилось изучение Т-системы иммунитета при сочетанном воздействий асбестовой пыли и гамма-облученния в дозе 0,2Гр в отдаленном периоде при экспериментальном асбестозе у лабораторных крыс. Методы исследования: Животные были разделены на 2 группы: I группа – интактные, II группа – облученные+затравка асбестовой пылью. Для воспроизведения асбестоза крысам интратрахеально вводилась хризотил-асбестовая пыль методом Е.Н. Городенской, в модификации В.И. Парашиной (Гадаскина И.Д.,1954). Облучали однократно за 90 суток до исследования на установке Агат-РМ Со60 в дозе 0,2 Гр. Результаты: В отдаленном периоде после комбинированного

воздействия количество лейкоцитов достоверно не отличалось, отмечено достоверное повышение как абсолютного, так и процентного количества лимфоцитов с 2752±110,24 до 4655±441,08 (P<0,01), а процентное количество с 39,01±3,24% до 61,29±4,80% (P<0,05). Общее количество Т-лимфоцитов во II группе повысилось до 1782±136,74 в 1 мкл, почти на 20% (P<0,05), процентное количество не отличалось от показателя контрольной группы. Со стороны абсолютного количества Т-хелперов особых изменений не зафиксировано, но отмечена тенденция к повышению, процентное содержание снижается до 12,86±1,38% (P<0,01), а Т-супрессоры остались без существенных изменений. Иммунорегуляторный индекс составил в опытной группе в среднем 1,63±0,17 (P>0,05), тогда как в норме данный индекс равнялся 1,72±0,22. Заключение: При сочетанном воздействии асбестовой пыли и радиации в отдаленном периоде на фоне лимфоцитоза происходит увеличение абсолютного количества Т-лимфоцитов и снижение процентного количества субпопуляции Т-лимфоцитов с хелперной активностью.

668. КОМБИНИРОВАННОЕ ВЛИЯНИЕ РАДИАЦИИ В ДОЗЕ 0,2Гр И АСБЕСТОВОЙ ПЫЛИ НА ПОКАЗАТЕЛИ МОНОНУКЛЕАРНО-ФАГОЦИТАРНОЙ СИСТЕМЫ ИММУНИТЕТА

Ильдербаев О.З.-1, Кашанский С.В.-2, Жетписбаев Б.А.-1, Ерменбай О.Т.-1, Базарбаев Н.А.-1
Семипалатинская государственная медицинская академия, Казахстан-1, ФГУН ЕМНЦ ПОЗРПП Роспотребнадзора, Екатеринбург, Россия-2

Целью исследования явилось изучение в эксперименте у крыс комбинированного влияния радиации в дозе 0,2Гр и асбестовой пыли на показатели мононуклеарно-фагоцитарной системы иммунитета. Методы: Для решения поставленной цели выполнены 2 серии опытов на белых крысах. I группу составили интактные животные, II группу - животные с комбинированным воздействием асбестовой пыли и ионизирующей радиации. Асбестоз моделировали затравкой асбестовой пылью методом Е.Н. Городенской, в модификации В.И.Парашиной (Гадаскина И.Д., 1954). Облучение в дозе 0,2Гр гамма лучами Со60 проводили на установке Агат-РМ. Полученные результаты исследования обрабатывались общепринятыми методами вариационной статистики с вычислением критериев Стьюдента. Результаты: Установлено, что индекс миграции в РТМЛ на ФГА имеется тенденция к повышению с 0,79±0,04 до 1,07±0,24 (P>0,05). У крыс опытной группы фагоцитарная активность клеток крови значительно повышалась, если у интактных животных она составляла 36,17±2,52 %, то во II группе данный показатель составлял 48,43±3,32% (P<0,05). Обнаружено достоверное повышение фагоцитарного числа. Если у интактных животных оно составляло 1,59±0,24, то у животных II группы до 2,58±0,22 или в 1,6 раза (P<0,05). НСТ-тест спонтанный не достоверно повышается по сравнению с контрольной группой. Если в контрольной группе данный показатель равнялся 4,87±1,55, то во II группе повысился до 7,85±0,66 (P>0,05). Анализ полученных результатов показал, что напряжение фагоцитарного звена в виде повышения функционально-метаболической активности нейтрофилов свидетельствует, что ионизирующая радиация и асбестовая пыль оказывают влияние на неспецифическое фагоцитарное звено иммунитета в комбинированном воздействии.

Экспертиза в пульмонологии

669. АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ЭКСПЕРТИЗЫ ПУЛЬМОНОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ ПО ДАННЫМ НЕСПЕЦИАЛИЗИРОВАННОГО РАЙОННОГО БЮРО МСЭ.

Запарий С.П., Мордык Д. И.
ФГУ Главное бюро МСЭ по Омской области филиал № 17

Цель: Анализ результатов экспертизы пульмонологических больных, обратившихся в неспециализированное бюро МСЭ по месту фактического проживания. Материалы и методы: Исследование простое, ретроспективное. Критерии включения: хронические неспецифические заболевания легких, освидетельствование в филиале № 17 бюро МСЭ по Омской области. Проанализированы акты экспертизы, годовые отчеты бюро. Результаты: За 5-летний период с 2002 по 2006 год в филиале № 17 бюро МСЭ по Омской области первичное освидетельствование на группу инвалидности прошли 175 больных, что составило 2,2% от общего числа первично освидетельствованных. Все пациенты были пенсионного возраста. С диагнозом ХОБЛ было представлено 81 пациент (46,3%), хронический бронхит 32 (18,3%), бронхиальная астма 62 (35,4%). Пациентам определялись 2 и 3 группы инвалидности, 69 (39,4%) и 106 (60,6%) больных соответственно. До 2006 года группы инвалидности пульмонологическим больным определялись бессрочно, реабилитационные мероприятия не проводились. В 2006 году в соответствии с Постановлением Правительства РФ № 95 группы инвалидности пульмонологическим больным определены со сроком, разработаны программы реабилитации. В 2006 году первичное освидетельствование в филиале № 17 прошли 34 пациента (19,4% от общего числа больных за 5 лет), в сравнении с 2005 годом таких пациентов стало на 18% меньше, что связано с необходимостью качественной разработки программ реабилитации и обращением пульмонологических пациентов пенсионного возраста в специализированное бюро. За 5 лет в филиал № 17 обратилось 19 пациентов повторно, у большинства из них 3 группа инвалидности сменилась второй. Заключение: Необходимо продолжить анализ экспертизы пульмонологических больных пенсионного возраста с оценкой эффективности реабилитационных мероприятий.

670. ПОКАЗАТЕЛИ ВРЕМЕННОЙ И СТОЙКОЙ УТРАТЫ ТРУДОСПОСОБНОСТИ ПО БОЛЕЗНЯМ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ В АЛТАЙСКОМ КРАЕ

Беднаржевская Т. В.
ГУЗ Краевая клиническая больница, г. Барнаул

Цель: изучить показатели временной нетрудоспособности (ВН) и стойкой утраты трудоспособности по болезням органов дыхания. В Алтайском крае проводится комплексная работа по совершенствованию диагностики и лечения патологии органов дыхания – краевая программа по обеспечению лекарственными препаратами больных БА, ХОБЛ; работают школы по обучению больных с БА и ХОБЛ, совершенствуется этапность оказания медицинской помощи; регулярное обучение врачей первичного звена, принята краевая программа по вакцинации против гриппа. Одним из критериев эффективности проводимой работы являются показатели временной и стойкой утраты трудоспособности (СТУ). За период с 2004 по 2006 гг. заболеваемость по 16-форме в днях на 100 работающих по болезням органов дыхания (J00-J98) снизилась со 144,5 до 94,7; в случаях на 100 работающих - с 16,7 до 10,6. Заболеваемость с ВН по острым респираторным заболеваниям снизилась с 72,2 в днях на 100 работающих в 2004 году до 52,5 в 2006 г. По бронхиальной астме: с 3,9 до 3,5;по хроническому бронхиту (по 16 форме учитываются как хронический простой бронхит, так и ХОБЛ) с 7,0 до 5,5 на сто работающих.
 Показатели СТУ также характеризуют определенные успехи в лечении больных с патологией органов дыхания. Так, в 2006 году ранговое место болезней органов дыхания среди лиц трудоспособного возраста – 10, в 2004, 2005 гг. – 8. Интенсивный показатель первичной инвалидности снизился с 1,7 в 2004 году до 1,1 в 2006 г. Интенсивный показатель первичной инвалидности среди всего взрослого населения снизился с 5,8 в

2005 году до 4,8 в 2006 г. Таким образом, комплексная работа по совершенствованию диагностики, лечения, профилактики болезней органов дыхания приводит к снижению как временной, так и стойкой утраты трудоспособности.

671. АНАЛИЗ ЛЕТАЛЬНОСТИ ПУЛЬМОНОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ В СТАЦИОНАРАХ РЕСПУБЛИКИ ТАТАРСТАН В 2006 ГОДУ.

Хамитов Р.Ф. -1, Сергеев В.А. -2, Копылов А.Н. -1
Казанский медицинский университет МЗСР РФ -1, Казанский городской пульмонологический центр -2.

Проведен анализ 102 летальных случаев от болезней органов дыхания в городских и центральных районных больницах Республики Татарстан. Анализ проводился по медицинским картам стационарного больного, представленным лечебными учреждениями. Возраст больных составлял от 24 до 82 лет. Вскрытию подверглись 85% больных. Причиной смерти у 82 больных была тяжелая пневмония, у 10 – хроническая обструктивная болезнь легких, у 3 – бронхиальная астма; у остальных – другие заболевания (туберкулез, рак легкого, тромбоэмболия легочной артерии). В 13 случаях выявлено расхождение клинического и патологоанатомического диагнозов. Анализ историй болезни показал, что у 7% больных неадекватно собран анамнез заболевания, 42% больных не проводилась перкуссия легких, 5 из 13 больных с бронхиальной обструкцией не сделана спирометрия , 6% больных не проведены общеклинические анализы. Это привело к тому, что у 7 больных пневмония при жизни не была диагностирована, а у 3 больных не определены ее осложнения. 38% больных с тяжелой пневмонией получали неадекватную антибактериальную терапию. Выявленные недостатки диктуют необходимость строгого контроля за исполнением федеральных протоколов диагностики и лечения больных с заболеваниями легких.

672. АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ОСВИДЕТЕЛЬСТВОВАНИЯ И РЕАБИЛИТАЦИИ ПУЛЬМОНОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ ПО ДАННЫМ НЕСПЕЦИАЛИЗИРОВАННОГО БЮРО МСЭ КУЙБЫШЕВСКОГО РАЙОНА Г. ОМСКА.

Запарий С.П., Юревич Л. В.
ФГУ "Главное бюро МСЭ по Омской области" филиал № 13

Цель: Оценить результаты освидетельствования и реабилитации пульмонологических пациентов по данным работы неспециализированного бюро МСЭ. Методы исследования: Исследование простое, ретроспективное. Критерии включения: все пациенты с хроническими неспецифическими заболеваниями лёгких, прошедшие освидетельствования в бюро МСЭ Куйбышевского района г. Омска. Проанализированы акты экспертизы, годовые отчёты бюро. Результаты: Изучена структура первичной инвалидности пациентов пенсионного возраста с пульмонологической патологией за период с 1998 по 2006 год. За этот период освидетельствовано первично 184 пациента с заболеваниями лёгких, что составило 2,1% от общего числа первично освидетельствованных (8 764). Отмечается рост освидетельствованных пациентов с пульмонологической патологией с 1,2% - 1,9% в 1998-2002 году до 3% от общего числа в 2006 году. Пациентам определялась 2 (130) и 3 (54) группа инвалидности. С 2006 года согласно Постановлению Правительства РФ № 95 группа инвалидности для данной категории возраста определяется со сроком, что позволяет оценить результаты реабилитационных мероприятий. Заключение: Пациенты пенсионного возраста с пульмонологической патологией проходят первичное освидетельствование в неспециализированном бюро МСЭ. Отмечается рост показателей инвалидности в данной категории. Для наблюдения и повышения качества реабилитации целесообразно

направлять пациентов с пульмонологической патологией в специализированное бюро МСЭ.

Эндоскопия

673. ОПЫТ ПРОВЕДЕНИЯ РЕНТГЕНО-БРОНХОЛОГИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ

Бондарев А. В.
РКБ МЗ РТ

Цель: показать структуру работы специализированного рентгеновского кабинета для верификации диагнозов бронхолегочных заболеваний. Комплексное рентгено-бронхологическое исследование (РБИ) включает одномоментное использование методик бронхоскопии в сочетании с лучевыми методами. Изучались обнаруженные при рентгенографии признаки уменьшения объемов легочной ткани и патологические изменения, нетипичные для банального воспаления. Кроме того, имелись клинические показания. Выполнено у 23,5 тыс. больных свыше 35 тыс. манипуляций. В 58,2% стояла цель – получение материала для цитологического исследования (в 1/3 случаев биопсия под рентгеновским контролем, в остальных под визуальным). В 15,2% исследований бронхоскоп применялся при бронхографии, при установлении трансназобронхиального ирригатора легочных нагноений, в 25,2 % для осмотра и санации бронхиального дерева. Поднаркозные бронхоскопии составили 1,5%. Среди обследованных по диагностическим показаниями пациентов рак легких верифицирован в 21,6%, а еще у 7,3% рак был установлен, но не подтвержден, что составило 10,7% всего потока больных. Туберкулез установлен у 2,6% (у ¾ больных на предшествующих этапах рак не был заподозрен). Отдельно изучался поток больных, который за последние 20 лет составил 4491 человека, с диагнозом рака легких, направленных на верификацию, после обследования у онкологов и эндоскопистов. Среди них достоверный диагноз легочной патологии установлен в 72,8% случаев. Причем рак легких верифицирован в 43% , у 17% были выявлены симптомы рака, но без цитологического подтверждения, у 3,7% установлен туберкулез легких и бронхов. Таким образом, РБИ проведенные по нашим показаниями, позволили установить диагноз рака у каждого десятого пациента из общего потока и свыше 40% из предварительно отобранных больных.

674. ПРИМЕНЕНИЕ ЭНДОСКОПИЧЕСКИХ МЕТОДОВ В ЛЕЧЕНИИ БРОНХО-ПЛЕВРАЛЬНЫХ СВИЩЕЙ У БОЛЬНЫХ ЭМПИЕМОЙ ПЛЕВРЫ

Дробязгин Е.А. - 1,2; Чикинев Ю.В. -1,2; Кутепов А.В. - 1
1 - Областная больница г.Новосибирск; 2 - Государственный медицинский университет г.Новосибирск;

В отделении торакальной хирургии ОГУЗ «ГНОКБ» за период с 2002 по 2006 окклюзия бронха при бронхоплевральном свище у больных эмпиемой плевры выполнена 5 пациентам в возрасте от 25 до 67 лет. Все пациенты мужчины. Давность заболевания не момент поступления в стационар составляла от 2 недель до 1,5 месяцев. Перед обтурацией бронха постоянная вакуум-аспирация из плевральной полости проводилась в течение 1 недели. Эффекта не получено: легкое оставалось недорасправленным, сохранялся сброс воздуха при кашле по дренажам. В 4 случаях локализация свища была правосторонней. При этом у 2 пациентов свищ локализовался в нижней доле и по 1 случаю в верхней и средней доле. В 1 случае свищ был в нижней доле левого легкого. Установка обтуратора проводилась в условиях общего обезболивания после интубации трахеи тубусом ригидного бронхоскопа. В долевой бронх с помощью щипцов

устанавливался шарик из мелкопористого поролона по диаметру в 2-3 раза превышающий диаметра бронха на срок 7-8 суток. Через 7-8 суток проводилась бронхоскопия и удаление обтуратора.
У 3 пациентов легкое полностью выполняло объем гемиторакса. После удаления обтуратора сброс воздуха не отмечен, что позволило после окончания курса лечения удалить дренажи из плевральной полости. В 1 случае не смотря на отсутствие сброса воздуха, отмечено уменьшение в размерах остаточной плевральной полости. В последующем пациенту выполнена декортикация, плеврэктомия. У 1 пациента при удалении обтуратора сброса воздуха по дренажам не было, но после его удаления свищ вновь начал функционировать.

675. ИСПОЛЬЗОВАНИЕ СИЛИКОНОВЫХ СТЕНТОВ В ЛЕЧЕНИИ РУБЦОВЫХ СТЕНОЗОВ ТРАХЕИ

Дробязгин Е.А. - 1,2, Чикинев Ю.В. - 1,2, Коробейников А.В. - 1; Кутепов А.В. - 1
1 - Областная больница г.Новосибирск; 2 - Государственный медицинский университет г.Новосибирск

За 2006 г в отделении торакальной хирургии ОГУЗ «ГНОКБ» при лечении рубцовых стенозов трахеи у 5 больных использованы самофиксирующиеся силиконовые стенты. Все 5 пациентов мужчины в возрасте от 23 до 76 лет. У 2 больных возникновение стеноза связано с длительной ИВЛ через интубационную трубку (более 10 суток). У 3 пациентов стеноз возник после выполнения трахеостомии. Все пациенты до госпитализации к нам в отделение проходили лечение в различных учреждениях. Одному из пациентов проводилась в одной из клиник, проводилась лазерная реканализация суженного участка трахеи, но какого-либо эффекта получено не было. У 2 пациентов при исследовании выявлено сужение подскладочного отдела гортани и верхней трети трахеи. У 2 пациентов участок стеноза локализовался в средней и нижней трети трахеи, у 1 пациента участок сужения находился в нижней трети трахеи. Протяжённость зоны стеноза составляла от 3,5 до 5 см. Перед установкой стента всем пациентам выполнено бужирование суженного участка трахеи тубусами бронхоскопа, а затем выполнено стентирование силиконовым самофиксирующимся стентом типа Dumont ОАО «МедСил». В одном случае использован стент с внутренним диаметром 9 мм и наружным диаметром 15 мм. Другим 4 пациентам установлен стент с внутренним диаметром 10 мм и наружным диаметром 16 мм. Длина стента от 4 до 6 см. Контрольное эндоскопическое исследование проводилось на 1, 3, 6, 14 сутки, далее через 1, 3, 6 месяцев после стентирования. Рост грануляций по верхнему краю стента отмечен у 1 пациента, что потребовало коррекции его положения. Смещение произошло у 1 пациента через 7 месяцев после выполнения стентирования. У 4 других пациентов курс лечения продолжается на сроках от 9 до 11 месяцев с момента стентирования.

676. ЛЕЧЕБНЫЕ БРОНХОСКОПИИ ПРИ КРОВОТЕЧЕНИИ У БОЛЬНЫХ ДЕФОРМИРУЮЩИМ БРОНХИТОМ

Чернеховская Н.Е., Андреев В.Г., Ширяева Е.Н., Поваляев А.В.
ГОУ ДПО Российская медицинская академия последипломного образования, Москва

Проведено изучение влияния оксида азота на местный гемостаз у 53 больных деформирующим бронхитом, осложненным кровотечением I степени, т.е. имело место кровохарканье однократное или многократное, с выделением до 100 мл крови в сутки. У всех больных выполняли бронхоскопическое исследование в первые сутки от момента обращения больного, сразу же после выполнения рентгенологического исследования. При этом диагностирован деформирующий бронхит II или III степени интенсивности воспаления и установлен тот сегментарный бронх, из которого поступала кровь. Местный

гемостаз проводили по разработанной нами методике. Вначале выполняли отмывание бронхов, из которых поступает кровь, «ледяным» изотоническим раствором натрия хлорида. В качестве гемостатического препарата можно использовать раствор дицинона, который эффективен при капиллярных кровотечениях, характеризующихся повышенной проницаемостью стенок капилляров. 2 – 4 мл дицинона разводили в 3 – 4 мл «ледяного» изотонического раствора натрия хлорида. Для снятия воспаления к раствору дицинона добавляли 125 мг гидрокортизона ацетата. Эту смесь вводили с помощью длинного катетера в те сегментарные бронхи, из которых продолжалось кровотечение. После введения лекарственной смеси производили инсуффляцию NO с помощью аппарата «Плазон» в минимальном режиме, в течение 1 мин в те бронхи, из которых поступала кровь. Содержание оксида азота в газовом потоке было 2500 ppm. На курс лечения проводили 3 – 4 сеанса через день. Кровотечение было остановлено у всех больных во время первого сеанса. У всех пациентов достигнут стойкий терапевтический эффект. Таким образом, NO-терапия является перспективным методом в остановке кровотечения I ст., источником которого явился деформирующий бронхит II или III степени интенсивности воспаления.

677. ВИДЕОТОРАКОСКОПИЧЕСКАЯ БИОПСИЯ ЛЕГКИХ ПРИ ДИФФУЗНЫХ ПОРАЖЕНИЯХ: ТОЧНЫЕ ОТВЕТЫ И НОВЫЕ ВОПРОСЫ

Письменный А.К.-1, Корымасов Е.А.-2
Самарская областная клиническая больница им. М.И. Калинина - 1, Самарский государственный медицинский университет - 2

Цель: Определить влияние морфологического заключения на оценку клинико-рентгенологической картины при диффузных поражениях легких в условиях систематической видеоторакоскопической биопсии. Материалы и методы: За 2002 – 2007 годы выполнено 163 видеоторакоскопических биопсии легких при диффузных заболеваниях. Результаты: Гранулемы саркоидного типа обнаружены у 83 (50,9%) больных, туберкулезные у 9 (5,5%) человек, раковая диссеминация у 18 (11,1%), фиброзирующий альвеолит у 9 (5,5%) пациентов. Также были диагностированы: пневмокониоз 4 (2,5%), гистиоцитоз 2 (1,2%), альвеолярный протеиноз 2 (1,2%), генерализованный нейрофиброматоз 1 (0,6%), генерализованный лимфогранулематоз 1 (0,6%), лейомиоматоз 1 (0,6%). У 33 (20,3%) человек выявлены негранулематозные неспецифические изменения интерстиция и альвеол. Именно эти заключения стали поводом для пересмотра диагноза. Признаки мелкоочаговой диссеминации по данным компьютерной томографии не всегда означают наличие гранулематозного поражения. Они могут быть проявлениями ХОБЛ, очагового пневмосклероза, разрешающейся пневмонии. Однако подобная картина может встречаться при патоморфозе заболевания на фоне проводимого ранее лечения, вследствие атипичной реакции соединительной ткани у иммунокомпроментированных лиц. Заключение: Накопление данных морфологической оценки диффузных поражений легких в условиях систематической биопсии заставляет по-новому отнестись к интерпретации клинико-рентгенологической картины у ряда больных, а иногда принципиально изменить диагноз. При этом наиболее информативна биопсия в наиболее ранние сроки после выявления интерстициальной патологии. Адекватная гистологическая оценка возможна при получении биоптата достаточного объема, что достигается видеоторакосокпической атипичной резекцией легкого.

678. ВИДЕОТОРАКОСКОПИЧЕСКАЯ БЕСШОВНАЯ РЕЗЕКЦИЯ ЛЕГКИХ – НОВОЕ НАПРАВЛЕНИЕ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТЕХНИКИ.

Письменный А.К.-1, Корымасов Е.А.-2
Самарская областная клиническая больница им. М.И. Калинина - 1, Самарский государственный медицинский университет - 2

Цель: Разработка методов малоинвазивной атипичной резекции легкого с целью получения биоптатов и удаления патологических образований без применения сшивающих аппаратов.
Материалы и методы: Выполнено 58 видеоторакоскопических резекций легкого с помощью гармонического скальпеля: 49 с целью биопсии при диссеминированных поражениях, 5 при округлых образованиях, 4 при буллезной эмфиземе. Дно раны легкого не герметизировали дополнительно у 41 пациента. Электрокоагуляция поверхности выполнена у 6 человек. Эндохирургические швы наложены 5 больным. Адгезивной коллагеновой пластиной укрыто 3 раны. Аутотромбогелем обработано 2 раны, фибринным клеем 1. У 1 пациента использован аутоплевральный лоскут.
Результаты: Интраоперационных осложнений не было. Полное расправление легкого достигнуто у 57 пациентов через 1,8 +0,9 суток. У 1 пациента с глубокой резекцией без дополнительной герметизации раны образовались бронхоплевральные свищи, что потребовало реторакоскопии, наложения эндохирургических швов. Препараты, полученные при биопсии, имели объем до 20 см3, линия резекции практически не подвержена коагуляционному некрозу. Это позволило дать адекватную морфологическую оценку заболевания во всех случаях. Достаточный объем ткани позволил сформировать банк блоков для экспертной оценки и дополнительных методов исследования (дополнительные методы окраски, иммуногистохимия и т.д.)
Заключение: Бесшовная видеоторакоскопическая резекция легкого является перспективным направлением хирургической деятельности и позволяет достичь цели операции с минимальной травмой наиболее физиологическим способом. При выборе способа герметизации легкого следует заранее оценить предполагаемую глубину резекции по данным компьютерной томографии, а затем интраоперационно.

Патанатомия и морфология респираторной системы

679. МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ СЕМИОТИКА СИНДРОМА ОСТРОГО ЛЕГОЧНОГО ПОВРЕЖДЕНИЯ И РЕСПИРАТОРНОГО ДИСТРЕСС-СИНДРОМА ВЗРОСЛЫХ, АССОЦИИРОВАННЫХ С БЕРЕМЕННОСТЬЮ

Спирин А. В.-1, Гринберг Л.М. -2
Уральская медицинская академия и НИИ фтизиопульмонологии, Екатеринбург -2,
Центральная городская клиническая больница №1,Екатеринбург -1

Цель: дать критерии морфологической диагностики синдрома острого легочного повреждения (СОЛП) и респираторного дистресс-синдрома взрослых (РДСВ), ассоциированных с беременностью. Проводился ретроспективный анализ микроскопических изменений в легких по 30 критериям с последующим выделением наиболее информативных диагностических признаков СОЛП и РДСВ. Исследование выполнено на материале 85 патологоанатомических вскрытий беременных, родильниц и рожениц, умерших в различных лечебно-профилактических учреждениях г. Екатеринбурга в период с 1991-го по 2006-й гг. Гистологические признаки острой паренхиматозной дыхательной недостаточности (ОПДН) выявлены в 91 % (77) случаев материнской смерти (МС). В группе МС, непосредственно связанной с акушерской причиной (ВОЗ, 1995), отмечено преобладание морфологической картины РДСВ – наиболее тяжелой формы ОПДН. В случаях материнской смерти от косвенных причин чаще наблюдали морфологические проявления СОЛП – легкой формы ОПДН. Установлено, что наибольшую значимость для морфологической диагностики СОЛП имеет совокупность следующих признаков: интерстициальный отек, очаговые гемодинамические ателектазы, нейтрофильно-лейкоцитарная реакция и мегакариоцитоз микроциркуляторного русла, расстройства микроциркуляции с наличием сладжей и/или

тромбов в просветах сосудов. Морфологические изменения при РДСВ характеризуются сочетанием мегакариоцитоза сосудов микроциркуляции с альвеолярным и, в меньшей степени, интерстициальным отеком, наличием “гиалиновых мембран”, скоплениями макрофагов в просветах альвеол и нейтрофильно-лейкоцитарной реакцией микроциркуляторного русла. Предлагаемые критерии дают возможность дифференцированно подходить к морфологической диагностике СОЛП и РДСВ - разных по тяжести форм ОПДН, ассоциированных с беременностью.

680. ГИГАНТСКИЕ ВОЗДУШНЫЕ КИСТЫ ЛЕГКОГО

Филатова А. С., Гринберг Л.М.
Уральская государственная медицинская академия, Уральский НИИ фтизиопульмонологии; Свердловский областной пульмонологический центр.

В литературе крайне мало информации посвящено гигантским воздушным кистам (ГВК) легких. Гигантских размеров чаще всего достигают приобретенные кисты, причиной развития является преимущественно клапанный механизм. Такие кисты нередко симулируют спонтанный пневматорокс (СП). Цель: дать характеристику ГВК по результатам патоморфологического исследования резектатов. Методы. Клинико-морфологический анализ операционного материала от 25 больных с ГВК, прооперированных в легочном центре в период 1997-2006 гг.. Результаты. Через центр проходит 2-3 случаев ГВК в год. При этом, в последние годы отмечается определенный рост ГВК: 4-6 случаев. Распределение по полу больных с ГВК: мужчины 14 (56 %), женщины 11 (44 %). Возраст больных колеблется от 15 до 64 лет. Средний возраст составил 38,9 + 1,3 лет. Осложненное течение ГВК легкого отмечено у 8 человек (32 %): в 6 случаях – прорыв в плевральную полость с формированием СП, в 1 – нагноение, в 1 – кровотечение. Макроскопически ГВК представляли собой тонкостенные (0,1-0,2 см) полости от 7 до 20 см в диаметре с гладкой, изнутри трабекулярно-складчатой стенкой. Из 25 ГВК локализовались внутрилегочно в 20 случаях (80 %), в 5 (20 %) кисты располагались экстрапульмонально (отшнурованные от легкого кисты на ножке). Микроскопически были определены: эмфизематозные буллы (23 случаев, 92 %), представляющие собой вздутия бронхиоло-альвеолярного аппарата; ложная киста – 1 случай; 1 – кистозная форма гамартомы. Заключение. ГВК у взрослых являются довольно редким заболеванием, встречающимся практически с одинаковой частотой среди мужчин и женщин, в большинстве случаев трудоспособного возраста. Только в одном случае из 25 ГВК была представлена гамартомой (порок развития), в остальных случаях более вероятен приобретенный характер этих образований.

681. ХАРАКТЕРИСТИКА ПЕРВИЧНОГО И ВТОРИЧНОГО СПОНТАННОГО ПНЕВМОТОРАКСА

Филатова А.С., Неретин А.В.
Уральская государственная медицинская академия, Уральский НИИ фтизиопульмонологии; Свердловский областной пульмонологический центр.

Спонтанный пневмоторакс (СП) подразделяют на первичный и вторичный. Первичный СП является идиопатическим. Вторичный (симптоматический) пневмоторакс возникает в качестве осложнения ряда заболеваний легких (ХНЗЛ, опухоли, туберкулез и пр.). Цель: дать характеристику первичного и вторичного СП. Методы. Клинико-анамнестический и морфологический анализ данных о 278 больных со СП, которым выполнена атипичная резекция легкого в легочном центре г. Екатеринбурга в период 1997-2006 гг. Результаты. Первичный СП развился у 202 больных (68,4 %), в т.ч. случаи СП в морфологически неизмененном легком – у 6 больных. Вторичный СП выявлен у 73 больных (26,3 %). При вторичном СП анамнестически и морфологически выявлены изменения легких

следующего характера: ХОБЛ – в 19 случаях (26,0 %); туберкулез – в 2, сочетание хронического бронхита и туберкулеза – в 1случае; в 2 случаях – периферический плоскоклеточный рак легкого; в 2 случаях – метастатическое поражение легких; по 1 случаю – эндометриоз, некротическая пневмония с формированием абсцесса, тяжелая деформация грудной клетки. Профессиональный анамнез и соответствующие морфологические изменения в резектатах легких (силикоз, антракониоз, пневмокониоз электросварщика) определены в 46 случаях только у мужчин (16,5 % среди мужчин). При анализе исследуемого материала не выявлено достоверной разницы между частотой первого эпизода и рецидива СП при первичном (первый эпизод – 58,4 %, рецидив – 41,6 %) и вторичном (первый эпизод – 61,6 %, рецидив – 38,4 %) СП. В подавляющем большинстве случаев (около 83 %) СП морфологическим субстратом развития пневмоторакса является буллезная эмфизема с разрывом одной из субплеврально расположенных булл.

682. ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА НЕКОТОРЫХ ГРАНУЛЕМАТОЗНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЛЕГКИХ

Лепеха Л.Н., Бурцева С.А., Зюзя Ю. Р.
ГУ ЦНИИ туберкулеза РАМН, Москва

Цель исследования – обобщить морфологические признаки диссеминированного туберкулеза легких (ДТЛ), имеющие реальную диагностическую значимость в сравнении с наиболее распространенными гранулематозными заболеваниями легких - саркоидозом и экзогенным аллергическим альвеолитом (ЭАА). Материал и методы. Анализ трансбронхиальных биопсий, диагностических торакотомий и бронхоальвеолярного лаважа (БАЛ) больных с клинически подтвержденным диагнозом ДТЛ (31 случай), саркоидоз (54 случая) и ЭАА (34 случая). Использовали гистологические, электронно-микроскопические методы исследования, подсчет макрофагальной формулы БАЛ. Результаты исследования. Изучены тканевые и клеточные особенности ДТЛ, саркоидоза легких и ЭАА и определены наиболее характерные, связанные с патогенезом заболевания. Среди них необходимо выделить признаки специфического воспаления, характерного для ДТЛ: некроз, слияние разновеликих гранулем, инфильтрация нейтрофильными лейкоцитами и базофильными макрофагами. При ЭАА среди макрофагальных элементов преобладают фагоцитирующие макрофаги, особенно многоядерные и практически нет типичных эпителиоидных клеток. При саркоидозе, количество последних преобладает, что связано с более активной, чем при туберкулезе, регуляцией процессов фибриллогенеза вокруг гранулем. Помимо оценки структурных особенностей клеточных скоплений, которые не всегда имеют вид типичных гранулем, следует учитывать и состояние окружающей лёгочной паренхимы. Материал трансбронхиальных биопсий не всегда содержит достаточно информативный материал и должен быть дополнен светооптическим исследованием макрофагальных элементов БАЛ: подсчетом содержания биосинтезирующих макрофагов при туберкулезе, секретирующих макрофагов при саркоидозе и зрелых фагоцитирующих макрофагов при ЭАА.

683. ВЗАИМОСВЯЗЬ АПОПТОЗА, ПРОЛИФЕРАЦИЯ И АКТИВАЦИЯ БРОНХИАЛЬНОГО ЭПИТЕЛИЯ С КОРТИКОЗАВИСИМОСТЬЮ.

Арифханова С.И., Ливерко И.В., Убайдуллаев С.А., Батырбеков А.А., Зоирова Н.И., Мавлянов Г.М.
НИИ фтизиатрии и пульмонологии МЗ РУз, НИИ иммунологии АН РУз, НИИ генетики АН РУз.

Цель: Изучить морфологию бронхиального эпителия (БЭ) и проявления апоптоза, пролиферации и активации клеток слизистой у больных бронхиальной астмой (БА).

Методы: В биопсии слизистой от 5 нелеченных астматиков, 5 больных, получающих ингаляции кортикостероидов (ИКС), 7- кортикозависимых (КЗ) больных и 4 волонтеров изучена морфология БЭ, с иммуногисто-химической оценкой экспрессии молекул апоптоза BcI-2, P53,пролиферации PCNA, активации NFkappaB, CD40/CD40-L. Результаты: Толщина БЭ была наибольшей у КЗ астматиков, чем у нелеченных больных и получающих ИКС ($p<0,001$). Экспрессия молекул апоптоза BcI-2 была выше во всех группах астматиков, чем у здоровых ($p<0,001$).У КЗ астматиков экспрессия молекул PCNA, NFkappaB, CD40, CD40-L была выше по сравнению с другими группами. При КЗ астме экспрессия PCNA коррелировала с толщиной БЭ. Заключение: В эпителии бронхов при КЗ астме маркеры выживания клеток и пролиферации проявляются вместе с маркерами активации клеток. Повышенное клеточное обновление ассоциируется с состоянием постоянной активации эпителиальных клеток.

684. МОРФОЛОГИЯ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ ПРИ ДИСПЛАЗИИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ

Вершинина М.В., Шилова М.А., Косикова С.Е.
Омская государственная медицинская академия, г.Омск, Россия

Цель исследования: установить морфологические критерии диспластикозависимых изменений органов дыхания при максимально возможном исключении действия приобретенных факторов. Материалы и методы: Проведено секционное исследование 114 случаев насильственной смерти лиц молодого возраста (18-20 лет) с фенотипическими признаками дисплазии соединительной ткани (ДСТ), некурящих и не имеющих в анамнезе указаний на хронические заболевание органов дыхания. Результаты исследования: Макроскопические изменения диагностированы в 75 случаях и были представлены: множественные бронхоэктазы – 32 случая, дивертикулез бронхов – 46 случаев, аномалии развития долевых бронхов с гипоплазий сегментарных и субсегментарных бронхов – 51 случай, бронхомегалия и бронхомаляция – 17 случаев, кистозная и простая гипоплазия легкого – 6 случаев, буллезная эмфизема – 12 случаев. В 21 случае имелось сочетание нескольких макроскопических находок. Ни в одном случае поражение бронхолегочной системы не имело ярких клинических проявлений, и не было диагностировано при жизни. Патогистологическая картина характеризовалась неспецифическими признаками воспаления и развитием склеротических проявлений в легочной ткани. При окраске на эластические волокна выявлены гипоплазия эластического каркаса мелких бронхов, нарушенное соотношение эластических и коллагеновых волокон, изменение диаметра бронхов и частичная редукция хрящей, истончение и очаговая деструкция с замещением соединительно-тканными элементами стенки бронха. Выводы: Диспластикозависимые изменения органов дыхания наблюдаются у большинства лиц с ДСТ, носят первичный, генетически обусловленный, характер и требуют целенаправленного поиска с целью ранней диагностики и профилактики хронического воспалительного процесса.

685. ОСОБЕННОСТИ ТКАНЕВЫХ КОНЦЕНТРАЦИЙ ФАКТОРОВ РОСТА, ПРОТЕАЗ И АНТИПРОТЕАЗ У БОЛЬНЫХ ЭМФИЗЕМОЙ.

Аверьянов А.В.[1], Самсонова М.В.[1], Черняев А.Л.[1], Поливанова А.Э.[1], Перепечин В.И.[2], Николаев Г.В.[3], Чучалин А.Г.[1]
[1]ФГУ НИИ пульмонологии Росздрава, [2] Институт хирургии им. А.В.Вишневского Росмедтехнологий, [3]Институт высоких медицинских технологий СПГУ

Патогенез эмфиземы легких у больных ХОБЛ до настоящего времени активно изучается. Существуют несколько теорий (сосудистая, механическая, протеазно-антипротеазного дисбаланса, нарушения синтеза-регенерации), ни одна из которых не в состоянии полностью объяснить процессы, ведущие к деструкции легочной паренхимы.

Целью нашего исследования было изучение тканевых уровней различных факторов патогенеза ХОБЛ у больных с эмфиземой легких.
Материалы и методы: В легочной ткани 9 больных ХОБЛ, перенесших хирургическую редукцию объема легких или буллэктомию, методом иммуногистохимических реакций с антителами к эндотелиальному фактору роста (ЭФР), трансформирующему фактору роста β-1 (ТФР β-1), матриксной металлопротеизназе-9 (ММП-9) и тканевому ингибитору металлопротеиназ-1 (ТИМП-1) проводилось определение уровней соответствующих факторов. В качестве контроля реакций использовалась легочная ткань больных со сходными поло-возрастными показателями, умерших от внелегочной патологии. Концентрации изучаемых медиаторов оценивались по 6-балльной шкале.
Результаты: У больных эмфиземой достоверно выше, чем в контрольной группе, определялись уровни ЭФР в эпителии (2,67+1,73 против 1,0+0,71 балла), эндотелии (1,89+1,05 против 0,6+0,89 балла); ТИМП-1 в интерстициальных макрофагах (2,78+1,2 против 0,4+0,55 балла) и альвеолоцитах II типа (1,67+1,12 против 0). Тканевые уровни ТФР β-1 и ММП-9 у больных эмфиземой не имели достоверных отличий от контрольной группы.
Выводы: У больных с легочной эмфиземой наблюдается значительное повышение тканевых концентраций ЭФР и ТИМП-1 в различных клетках легочной паренхимы. Вероятно, повышенная продукция ЭФР является компенсаторной реакцией, направленной на стимуляцию сосудистого роста в ответ на потерю альвеолярной поверхности. Преобладание ТИМП-1 у больных эмфиземой возможно является фактором, подавляющим ангиогенез при эмфиземе.

Легочная гипертензия и ТЭЛА

686. ГЕМОДИНАМИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ФОРМИРОВАНИЯ ЛЕГОЧНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ РАЗЛИЧНОГО ГЕНЕЗА И ИХ КОРРЕКЦИЯ

Королькова О. М., Минаков Э. В.
ВГМА им. Н. Н. Бурденко, Воронеж

Методы исследования. Обследовано 508 больных с легочной гипертензией различного генеза. Гемодинамика исследовалась с помощью неинвазивных методик (ДЭХОКГ), компьютерной ангиопульмонографии, а также зондирования правых отделов сердца. Выделены 5 групп больных (1 – ХОБЛ средней степени (n = 180), 2 – ХОБЛ тяжелой степени (n = 200), 3 – ХОБЛ крайне тяжелой степени (n = 80), 4 – ПЛГ (n = 8), 5 – ПТЭЛГ (n = 40)). Результаты. Наибольшие показатели ДЛА ср. и ОЛСС выявлены в 4 и 5 группах (59,2 ± 4,8 мм рт. ст. и 980 ± 39 дин.сек.см-5 соответственно). В группе 3 – ДЛА ср. и ОЛСС составила 44,3 ± 3,4 и 604 ± 6,9 соответственно. В группе 2 - 38,1 ± 1,2 и 515,4 ± 38,2. В группе 1 - 29,8 ± 1,9 и 410 ± 54,4 соответственно. В группах с высокой ЛГ (3, 4, 5) в дополнение к базисному лечению была добавлена терапия, направленная на снижение ЛГ: простагландин Е (вазопростан) в дозе 40 мкг/сутки в/в капельно в течение 14 дней; амлодипин (норваск) в средней суточной дозе 5 – 10 мг.; фраксипарин 0,6 мг/сутки. После 2-х недельного курса терапии больным повторно контролировалась ЭХОКГ, газовый состав крови, ФВД. Повторный курс терапии проводился спустя 6 месяцев. Спустя 2 недели лечения, следует отметить достоверное снижение ДЛАср., КДДПЖ, а также тенденцию к увеличению ОФВ1 и уменьшению ОЛСС в группах 3, 4. Показатели СИ практически не изменились. В группе 5 (ПТЭЛГ) достоверно изменилось ДЛА ср., а также имелась тенденция к увеличению СИ. Однако, спустя 6 месяцев, достоверным остается только умеренное снижение ДЛАср., во всех 3-х группах. Наибольший уровень снижения ДЛАср. (в среднем на 7 - 8 мм.рт. ст.) наблюдался в группе № 3. Выводы. Данная схема терапии наиболее оправдана в группах 3 (ХОБЛ тяжелой степени) и 5 (ПТЭЛГ).

687. РЕОЛОГИЧЕСКИЕ СВОЙСТВА КРОВИ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ЛЁГОЧНЫМ СЕРДЦЕМ (ХЛС).

Салихова А.С., Сыртланова Э.Р.
ГКБ №13 г.Уфа

Цель: Улучшить диагностику развития ХЛС у больных ХОБЛ. Объект и методы: Обследовано 100 мужчин, больных ХОБЛ, осложнённой ХЛС. Из исследования были исключены больные с сопутствующей ишемической болезнью сердца, заболеваниями почек, гематологическими заболеваниями. Контрольную группу составили 20 практически здоровых лиц мужского пола. Забор крови из локтевой вены для биохимических исследований и из пальца для определения морфологических показателей эритроцитов производился утром натощак в течении суток с момента поступления больных на стационарное лечение. Все больные были разделены на 2 группы согласно классификации Сильвестрова В.П. (1986). Результаты и выводы: При ХЛС 1-2 функциональных (ФК) развитие патологического процесса сопровождается дисфункцией и деструктуризацией эритроцитов, что проявляется увеличением количества эритроцитов и уровня гемоглобина, а также тенденцией повышения содержания внутриэритроцитарного гемоглобина и среднего объёма эритроцитов. При 3-4 ФК содержание эритроцитов увеличивается на 25,38% относительно контроля, количество эритроцитов и уровень гемоглобина повышаются с ростом длительности заболевания и возраста пациентов. ХЛС сопровождается метгемоглобинемией. Уровень метгемоглобина у больных ХЛС 1-2 ФК в 3, а при 3-4 ФК - в 10 раз превысил показатель в контрольной группе. У больных ХЛС возрастает чувствительность мембран эритроцитов к ионам водорода, а также имеется тенденция уменьшения осмотической резистентности, максимально выраженная при 3-4 ФК.

688. ОЦЕНКА ФАКТОРОВ РИСКА И КЛИНИЧЕСКИХ СИМПТОМОВ БОЛЬНЫХ С ТЭЛА, ПРОЛЕЧЕННЫХ В ПУЛЬМОНОЛОГИЧЕСКОМ стационаре

Симонайтес С. В. Прозорова Г. Г.Провоторова Г.Н.
Центральная городская клиническая больница, Липецк

Более половины тромбозов и эмболий случается в терапевтической практике. Из 30 больных (5 женщин) с диагнозом ТЭЛА в возрасте от 31 до 78 лет пролеченных в пульмонологическом стационаре многопрофильной больницы где нет рентгеноконтрастных исследований и ультразвукового сканирования сосудов нижних конечностей, в экстренном порядке госпитализированы 19 больных. На догоспитальном этапе диагноз определен у 6 пациентов, у остальных подозревалась острая пневмония (10 пациентов), обострение ХОБЛ (3 больных), 9 пациентов были направлены в стационар в плановом порядке с ХОБЛ. У 7 человек в анамнезе оперативные вмешательства, у 5 – переломы нижних конечностей; 4 имели избыточную массу тела, у 25 пациентов имелись признаки ХВН (13 с хр. тромбофлебитом, ПТФС в анамнезе), 3 больных имели ИБС, нарушения ритма, у 5 пациентов подтверждена ХОБЛ. Наиболее типичными проявлениями ТЭЛА были одышка (83 %), тахипноэ (82 %), тахикардия (83 %), боль в груди (63 %), кашель (63%) и кровохаркание (50 %). Реже отмечали системную сосудистую реакцию (гипотония, коллапс 6 %), полиморфизм ЭКГ- изменений: перегрузка правых отделов и отклонение ЭОС вправо выявлены у 14 (46,6%) пациентов, у 13 (43 %) - синусовая тахикардия, у 2 - пароксизм мерцательной аритмии. ЭХО-КГ признаки легочной гипертензии и правожелудочковой недостаточности определены у 40 % пациентов. У всех определялись положительные гиперкоагуляционные тесты, значимый уровень Д-димеров у половины пациентов. 3 пациентам сосудистым хирургом определены показания к постановке кава-фильтра. 1 больной умер от рецидивирующей массивной ТЭЛА. Комплексная оценка клинических симптомов и данных электро- и

ЭХО-кардиографического, рентгенологического и лабораторных тестов позволяет диагностировать ТЭЛА в пульмонологическом стационаре.

689. НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ГЕМОДИНАМИКИ У БОЛЬНЫХ ХОБЛ, ОСЛОЖНЁННОЙ ХРОНИЧЕСКИМ ЛЁГОЧНЫМ СЕРДЦЕМ (ХЛС)

Салихова А.С. - 1, Сыртланова Э.Р. - 1, Исхаков Э.Р. - 2, Зубаирова А.Н. - 3
ГКБ №13 г.Уфа - 1, УЮИ МВД РФ - 2, Клиника БГМУ - 3

Цель: Оценить состояние центральной и внутрисердечной гемодинамики у больных ХОБЛ, осложнённой ХЛС. Объект и методы: Обследовано 100 мужчин с ХОБЛ, осложнённой ХЛС и 20 практически здоровых мужчин в качестве группы контроля. Все больные были разделены на 2 группы согласно классификации Сильвестрова В.П. (1986). В первую группу вошли 40 пациентов с ХЛС 1-2 функциональных классов (ФК), вторую группу составили 60 пациентов с ХОБЛ, осложнённой 3-4 ФК ХЛС. Реопульмонография проводилась с помощью реографа РПГ-4 с использованием автоматизированной системы "Кредо". Ультразвуковую локацию сердца производили на эхокардиографе "Vingmed" с цветным картированием на тканевом и энергетическом режимах. Состояние центральной гемодинамики оценивали с помощью тетраполярной реографии (автоматизированная система "Кредо" на реографе РПГ-2-02). Результаты и выводы: У больных ХОБЛ, осложнённой ХЛС, наблюдаются нарушения внутрисердечной гемодинамики и гемодинамики малого круга кровообращения, которые нарастают по мере прогрессирования патологического процесса - от умеренных (1-2 ФК) до значительных (3-4 ФК) и проявляются увеличением конечного систолического и диастолического объёмов левого желудочка, снижением ударного объёма, фракции выброса и фракции укорочения левого желудочка, повышением давления в лёгочной артерии, возрастанием тонуса и лёгочного сопротивления в артериальной части и, в поздних стадиях заболевания, нарушением гемодинамики и сосудистого тонуса в венозной части малого круга кровообращения.

690. ПРИМЕНЕНИЯ СИЛДЕНАФИЛА (PFIZER) ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ЛЕГОЧНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ПРИ ХОБЛ

Абдуллаев А. Ю.-1, Гаджиев К.М.-2, Мамедов Дж.-2, Халилов Ш.-1
Центральная больница нефтяников-1, Медуниверситет г.Баку -2

ХОБЛ является одной из ведущих причин заболеваемости и смертности .Легочная гипертензия (ЛГ) является наиболее частым осложнениями ХОБЛ.Для лечения ЛГ применяют вазодилятаторы, нитраты,иАПФ, мочегонные. Низкая эффективность этих препаратов вынуждает продолжать поиск эффективных средств для лечения ЛГ. К числу таких препаратов относятся аналоги простациклина (илопрост, трепростенил, беропрост), антагонисты рецепторов эндотелина (бозентан) и селективного ингибитора фосфодиэстеразы-5 силденафила. Цель исследования-изучение влияние силденафила на ЛГ при ХОБЛ.Исследование проводилось на 20 б-х ХОБЛ 3-й и 4-й стадий с ЛГ 35-60мм рт.ст. Б-е были разделены на 3 подгруппы:ЛГ 30-39мм рт.ст.–4 б-х;40-50мм рт.ст.–6 б-х и у 10 б-х ЛГ> 50мм рт.ст. Все б-е наряду с лечением основного забо-левания– антихолинергические препараты, β2-агонисты, теофиллин, ИГК,антибиотики и О2терапия–принимали ежедневно силденафил в дозе 25 мг/сут. в один прием.Контрольная группа-20 б-х ХОБЛ 3-й и 4-й стадий ЛГ 33-60мм рт.ст. Здесь б-е распределены: ЛГ30-39мм рт.ст.–5 б-х; 40-50мм рт.ст–7 б-х,у 8 б-х ЛГ>50мм рт.ст.В этой группе все б-е наряду с лечением ХОБЛ принимали лечение для снижения легочной ги-пертензии: вазодилятаторы, нитараты, иАПФ, мочегонные. ЛГ определялась на ЭхоКГ Siemens sonoline G 60 S до начала исследования и на 20 день от начала лечения. Результаты–в 1-й подгруппе снижение ЛГ составило 12,61 %, во 2-й-26,46 %, в 3-й

подгруппе снижение 33,23%. Для сравнения в контрольной группе снижение ЛГ составило соответственно 6,12 %, 9,42 % и 12,20 %.Обращает на себя внимание большее снижение ЛГ у б-х с более высокой ЛГ: в 3-й подгруппе снижение составило в среднем 33,23%, что значительно больше, чем во 2-й и 1-й подгруппах. Прием силденафила для лечения ЛГ при ХОБЛ показал высокую эффективность

691. ДИАГНОСТИКА ТРОМБОЭМБОЛИИ ДИСТАЛЬНЫХ ВЕТВЕЙ ЛЁГОЧНОЙ АРТЕРИИ

Агеева Т.С.-1, Тетенев Ф.Ф.-2, Кривоногов Н.Г.-3
Томский Военно-медицинский институт - 1, ГОУ ВПО СибГМУ Росздрава, г. Томск - 2, ГУ НИИ кардиологии ТНЦ СО РАМН, г. Томск - 3

Цель: Изучить клинико-сцинтиграфические признаки тромбоэмболии дистальных ветвей легочной артерии среди пациентов, госпитализированных в порядке скорой помощи в многопрофильный стационар. Материалы и методы: У 37 пациентов тромбоэмболией дистальных ветвей легочной артерии (ТДВЛА) было выполнено обследование для выявления ранних клинических признаков заболевания. 16 пациентам ТДВЛА, 30 – внебольничной пневмонией (ВП) и 10 здоровым добровольцам была проведена вентиляционно-перфузионная пульмоносцинтиграфия с оценкой альвеолярно-капиллярной проницаемости (АКП) радиофармпрепарата (РФП). Радионуклидные исследования проводились на гамма-камере «Омега 500» («Technicare», США-Германия). Регистрация и обработка изображений осуществлялась с помощью компьютерной системы «Сцинти» производства НПО «Гелмос» Россия. Результаты: У 27 из 37 пациентов ТДВЛА первоначальным диагнозом была ВП. Большинство ранних клинических признаков ТДВЛА и ВП были идентичными. У 30 пациентов ВП было установлено повышение АКП РФП в пораженном и в интактном легком: на 10-й мин исследования – 21,05±0,9% и 18,98±3,2% соответственно, и на 30-й мин исследования – 35,6±4,2% и 32,4±3,5% соответственно. У 11 пациентов односторонней ТДВЛА АКП не отличалась от показателей у здоровых на 10-й мин исследования (8,02±3,89%) и на 30-й мин (13,64±4,0%) и была замедлена по сравнению с пациентами ВП ($p=0,005$; $p=0,005$). У 5 пациентов двусторонней ТДВЛА АКП в зонах поражения была замедлена (менее 13% на 30-й мин). Заключение: Сцинтиграфическим критерием диагностики ТДВЛА является замедление (при двустороннем поражении) или отсутствие изменений (при одностороннем поражении) альвеолярно-капиллярной проницаемости ингалированного РФП.

Разное

692. ОЦЕНКА ТЕРАПИИ БРОНХООБСТРУКТИВНОГО СИНДРОМА У БОЛЬНЫХ БРОНХОЭКТАТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ.

Кочетова Е.В., Бугакина А.В.
Петрозаводский государственный университет

Цель: оценка терапии бронхообструктивного синдрома у больных бронхоэктатической болезнью. Методы: исследовалась группа из 28 человек, страдающих бронхоэктатической болезнью, наблюдавшихся в пульмонологическом и торакальном отделениях Республиканской больницы. У пациентов оценивали ФВД, обратимость обструкции, объем проводимой бронходилатирующей терапии, динамику бронхообструктивного синдрома на фоне проводимой терапии. Изучали характер терапии (ß2-агонисты, М-холинолитики, ингаляционные глюкокортикостероиды (ИГКС), системные глюкокортикостероиды (СГКС)) на момент данной госпитализации, а также в

предыдущие годы. Наибольший интерес представляла терапия последних 5 лет. Средний возраст больных в исследуемой группе составил 41 год±17 лет. В исследуемой группе преобладали женщины - 58%, мужчины составляли 42%. Результаты: При исследовании ФВД у 79% больных была выявлена бронхиальная обструкция (ОФВ1 46,35+13,05%), из них у 46% больных обструкция была выраженной, у 11% больных - резко выраженной (ОФВ1 менее 30%). Бронходилататоры (ß2-агонисты и М-холинолитики) в течение последних лет регулярно получали 39,3% больных, ИГКС – 17,85%, системные ГКС - 10,7% больных. Оценивая динамику бронхообструктивного синдрома было выявлено, что большинство больных (78%) имели достоверный прирост ОФВ1 на фоне проводимой терапии. Выводы: Применение бронходилататоров в исследуемой группе было недостаточным. Наряду с бронходилатирующими препаратами, пациенты, страдающие бронхоэктатической болезнью, получали системные ГКС. У большинства больных бронхообструктивный синдром отличался лабильностью и адекватным ответом на терапию.

693. ОСОБЕННОСТИ БРОНХООБСТРУКТИВНОГО СИНДРОМА У БОЛЬНЫХ БРОНХОЭКТАТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ.

Кочетова Е.В., Бугакина А.В.
Петрозаводский государственный университет

Цель: изучение особенностей бронхообструктивного синдрома у больных с бронхоэктатической болезнью (выраженность бронхообструкции, соотношение обструкции с объемом поражения легочной ткани по данным спиральной компьютерной томографии (СКТ)). Методы: исследовалась группа из 28 человек, страдающих бронхоэктатической болезнью, наблюдавшихся в пульмонологическом и торакальном отделениях Республиканской больницы. У пациентов оценивали ФВД, обратимость обструкции, СКТ. В исследуемой группе преобладали женщины - 58%, мужчины составляли 42%. Средний возраст в исследуемой группе - 41±17 лет. Результаты: При исследовании ФВД у 79% больных было выявлено снижение ОФВ1, у 21% больных показатели ФВД были в норме. Вследствие чего все больные были разделены на 2 группы - 1 группа - больные с бронхообструктивным синдромом, 2 группа - больные с нормальными показателями ФВД. Клинические проявления больных 1 группы характеризовались кашлем, одышкой, постоянным отделением гнойной мокроты и выраженными приступами удушья (у 24% больных). В 1 группе ОФВ1 составлял 46,35+13,05%, у 67% больных обструкция была обратима. При сопоставлении данных СКТ и ФВД было выявлено, что у пациентов с выраженным бронхообструктивным синдромом наиболее часто отмечалось двухстороннее поражение 4-5 сегментов легких. 2 группа больных (с нормальными показателями ФВД) клинически характеризовалась такими проявлениями как кашель с отделением гнойной мокроты, одышка, однако приступов удушья не было ни у одного больного. У пациентов без признаков бронхиальной обструкции имело место одностороннее поражение 8-10 сегментов легких по данным СКТ. Выводы: Бронхообструктивный синдром у больных бронхоэктатической болезнью достаточно часто встречается (79%), выражен и связан с объемом поражения легких.

694. РОЛЬ СВОБОДНО РАДИКАЛЬНОГО ОКИСЛЕНИЯ В ПАТОЛОГИИ ОБСТРУКТИВНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЛЕГКИХ

Баимбетов Ф. Л., Фархутдинов Р.Р.
Башкирский государственный медицинский университет, Уфа

Целью настоящего исследования стало изучение значения свободно – радикального окисления (СРО) как одного из основных молекулярных механизмов развития

обструктивных заболеваний легких. СРО изучали методом хемилюминесценции (ХЛ) при люминол-зависимом свечении и хемилюминесценции, развивающейся в присутствии ионов двухвалентного железа у больных различными формами бронхиальной астмы и хронического бронхита. У больных оценивали клиническое течение заболевания, а также определяли показатели функции внешнего дыхания, легочной гемодинамики, иммунного статуса, свертывающей системы, свободно – радикального окисления исходно и после проведенного лечения. С целью коррекции дисбаланса свободно – радикальных процессов использовались различные медикаментозные средства и немедикаментозные методы эфферентной терапии.
Результаты проведенного исследования показали, что в группах больных с различной легочной патологией выявляются как повышенные, так и пониженные значения СРО. Для их нормализации необходимо применение в одних случаях средств, обладающих анти-оксидантным действием, в других, наоборот – прооксидантным.
Влияние эфферентной терапии на СРО обладало нормализующим действием, т.е. на фоне курсового лечения плазмаферезом отмечалось снижение высоких показателей свободно – радикального процесса и повышение изначально низких.
Таким образом, исследование СРО методом регистрации ХЛ биологического материала имеет прикладное диагностическое значение, так как позволяет проводить дифференцированное патогенетическое лечение с учетом состояния СРО и тем самым оптимизирует лечение, влияет на течение и прогноз заболевания.

695. ОЦЕНКА РИСКА РАЗВИТИЯ БОЛЕЗНЕЙ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА

Дудрова Е. В., Шеметова Г.Н.
Саратовский государственный медицинский университет, кафедра поликлинической терапии

Цель: Целью настоящего исследования стало изучение вероятностей риска болезней органов дыхания у лиц молодого возраста.
Методы исследования: Объектом исследования явились студенты двух вузов г.Саратова – медицинского и технического (487 человек); у обследованных были рассчитаны вероятности риска болезней органов дыхания с помощью специальной компьютерной программы, основанной на автоматизированной системе количественной оценки рисков основных патологических синдромов (АСКОРС).
Результаты: В результате исследования было выделено 3 группы лиц с нарушениями дыхательной системы. К первой группе отнесли лиц, при опросе которых была установлена величина риска менее 0,75, т.е. с низкой и средней степенью риска. Вторую группу составили студенты с величиной риска в интервале от 0,75 до 0,95 - с высокой степенью риска развития патологии. В третью группу вошли студенты с зарегистрированным риском, превышающим 0,95, которых можно считать условно больными. Части пациентов из групп высокого риска и условной патологией был верифицирован диагноз с помощью стандартных методов обследования и своевременно назначены соответствующие оздоровительные и лечебно-реабилитационные программы. По полученным данным к лицам с низким и средним уровнем риска заболеваний органов дыхания можно отнести 49,5% студентов. Высокий риск заболеваний дыхательной системы имеют 11% студентов. Группу с условным заболеванием органов дыхания составили 39,5% студентов.
Заключение: При проведении автоматизированного скрининга выявлена значительная доля студентов (50,5%) с высоким риском развития или условной патологией органов дыхания, которые нуждаются в своевременной организации лечебно-профилактических программ, оздоровительных мероприятиях, качественном диспансерном наблюдении.

696. ИССЛЕДОВАНИЕ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ КАШЛЕВЫХ РЕЦЕПТОРОВ У ЗДОРОВЫХ КУРЯЩИХ И БОЬНЫХ ЭОЗИНОФИЛЬНЫМ БРОНХИТом

Семенкова Г.Г., Яковлев Р.С., Руденко А.С.
ВГМА им. Н.Н. Бурденко

Цель: Оценить чувствительность кашлевых рецепторов (ЧКР) у здоровых лиц, курящих и некурящих, и сравнить с ЧКР больных эозинофильным бронхитом (ЭБ).
Материалы и методы. В исследование было включено 76 человек: 38 больных ЭБ, некурящих (17 мужчин и 21 женщина, средний возраст 45±13,5 лет) и 38 здоровых добровольцев, из них некурящих – 20, курящих 18 со стажем курения 3,6±1,5 года, индексом курения 1,75±0,75 сигарет*год, идентичных по полу и возрасту. Оценку ЧКР проводили с использованием методики, предложенной N.P. Mason (Mason N.P. et all., 1999г.). Порогом ЧКР считали минимальную концентрацию раствора лимонной кислоты, вызывающую от 2 до 5 кашлей (С5). Диагноз ЭБ был поставлен с применением фибробронхоскопии и анализа индуцированной мокроты (при эозинофилии>3%). Исследование проводили у больных ЭБ исходно и на 28 день после лечения симбикортом (160мкг по 2 ингаляции 2 раза в сутки). Результаты. Исследование выявило достоверное уменьшение порога ЧКР у больных ЭБ в процессе лечения. Исходно: С5=105 г/л (54; 221), после лечения - С5=67 г/л (35; 149), $p<0.05$. У здоровых курящих лиц в среднем ЧКР составила: С5=97,2 г/л (10; 160), что практически не отличалось от ЧКР, полученной у больных ЭБ. У здоровых некурящих лиц ЧКР С5=89 г/л (2,5; 90), что сравнимо с ЧКР больных эозинофильным бронхитом на 28 день после лечения (стадия ремиссии ЭБ). Выводы: Курение оказывает влияние на чувствительность кашлевых рецепторов, вызывая повышение порога ЧКР, что происходит вероятно вследствие воспалительного ремоделирования в бронхах.

697. ИНФЕКЦИИ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ У ВОЕННОСЛУЖАЩИХ (ПО ДАННЫМ АНКЕТИРОВАНИЯ)

Зайцев А. А. -1, Клочков О.И. -2
Государственный институт усовершенствования врачей МО РФ - 1, Медицинская служба Московского военного округа - 2

Цель исследования: анализ причин, способствующих возникновению инфекционных заболеваний дыхательных путей (ИДП) во время службы в Вооруженных Силах РФ, с точки зрения потенциального больного. Методы исследования: Обследовано 2200 военнослужащих по призыву (средний возраст 19,2±1,4 лет) методом социометрического, анонимного анкетирования с использованием специально разработанной анкеты. Результаты: 20,7% респондентов часто (более 3 раз в год) болеют различными простудными заболеваниями. 347 (15,7%) страдают хроническими заболеваниями верхних дыхательных путей (тонзиллит, повторные ангины, хронический гайморит). 15,4% (341) отмечают, что до службы в ВС переболели пневмонией. 557 (25,7%) отметили, что уже переболели ангиной в период службы, а 13,5% (298) перенесли пневмонию. 1138 военнослужащих (51,5%) связывает появление простудных заболеваний с переохлаждением. При этом 40,0% (884) респондентов отмечают, что мерзнут во время нахождения на открытом воздухе, а 14,5% в казарменном помещении.
1627 (73,7%) респондентов курят. При этом курильщики со стажем более 3 лет составили 43,7% (964), 21,2% курят менее 3 лет и у 11% стаж курильщика составляет менее 1 года. До призыва 36,8% опрошенных курили в среднем до 10 сигарет в сутки, 31,4% курили более 10, но менее 20 сигарет в сутки. 9,6% отметили, что курили до армии более пачки сигарет в сутки. В армии: 41,7% (921) военнослужащих отмечают, что курят до 10 сигарет в сутки; более 10 сигарет, но менее 20 в день курят 28,6% респондентов и 21,7% курят более 20 сигарет в сутки. Заключение: К числу наиболее важных предрасполагающих

причин развития ИДП необходимо отнести: наличие в анамнезе перенесенной пневмонии, частые простудные заболевания, хронические заболевания верхних дыхательных путей, общее переохлаждение и табакокурение.

698. ПОРАЖЕНИЕ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ НАРКОТИЧЕСКОЙ ИНТОКСИКАЦИИ

Волчкова О. М.-1, Гольмгрейн Л. П.-2
Кемеровская областная клиническая больница

Цель: изучение особенностей поражения органов дыхания у лиц с хронической наркотической зависимостью. Методы исследования: проспективное когортное исследование группы молодых людей в возрасте 18-30 лет, употреблявших наркотические вещества длительностью 1,5-3 года. Все пациенты предъявляли жалобы на постоянный непродуктивный кашель и одышку в нагрузке различной интенсивности. Табакокурение не имело этиологического значения, ИПЛ от 4,5 до10. Перкуторные и аускультативные данные не отличались от таковых при хр. бронхите. Рентгенологически отмечалось изменение легочного рисунка, трактуемое как фиброзно-склеротическое, в 70%, в 30% - поражение правых отделов сердца. При исследовании ФВД установлены изменения основных объемов и скоростных показателей, заметно снижалась ЖЕЛ, особенно снижалась ОФВ1, ПОС, нарушалась МОС на всех уровнях, обратимость обструкции не превышала 10%. Исследование a1 АТ крови было в пределах нормы. По ФБС выявлялся катаральных эндобронхит. Основу терапии составляли комбинации бронхолитиков короткого и длительного действия, системные кортикостероиды применялись не более 10 дней в дозе 30 мг в сутки. Клиническое улучшение отмечали только 75% пациентов, добиться улучшения показателей ФВД не удавалось. В дальнейшем пациенты имели стойкую утрату трудоспособности. Заключение: легкие являются органом-мишенью для наркотического вещества. В основе патологического процесса в 60% случаев лежит гранулематоз инородного тела, которым являются вводимые внутривенно кустарно приготовленные препараты опия. Гиперпластические процессы, которые развиваются во всех слоях сосудистой стенки и окружающей ткани являются основой тяжелых вентиляционных нарушений, гипертензии МКК.

699. СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ НЕСПЕЦИФИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ В РЕСПУБЛИКЕ БАШКОРТОСТАН

Поздеева Э.Д.,Томилов Ю.С.,Ахметова Р.Г.
ГОУ ВПО "Башкирский государственный медицинский университет Росздрава", головное бюро МСЭ по РБ г.Уфа.

Цель: Целью данного исследования является определение уровня инвалидности в регионе в связи с заболеваниями органов дыхания для обеспечения организационных мероприятий. Методы исследования: Дизайн исследования –ретроспективное изучение данных годовых статистических отчетов МЗ РБ, первичной документации и отчетных данных службы медико-социальной экспертизы заболеваний органов дыхания за 1993-2004г.г. по разделам, касающимся инвалидности. Результаты: В структуре впервые признанных инвалидами по болезням органов дыхания, в периоде 1993 – 2003 г.г., интенсивный показатель составил от 2,3 до 4,7 на 10 тыс. взрослого населения и ранговая позиция среди других причин инвалидности в разные годы составляла III – VIII места. Впервые признаны инвалидами по болезням органов дыхания в РБ 5902 человека в 2004г. и 4891 человек – в 2005г. В структуре инвалидности болезни органов дыхания в 2004г. заняли II и в 2005г – III ранговое место. В итоге, если интенсивный показатель инвалидности по болезням органов дыхания в Приволжском Федеральном округе

составляет 6,8 на 10 тыс. населения, в Саратовской области – 2,9 человек на 10 тыс., в РТ – 8,9 чел. на 10 тыс., то в РБ цифра достигла 15 чел. на 10 тыс. населения.
Заключение: Нарушение паритета показателей инвалидности по бронхолегочной патологии внутри одного административного образования предполагает необходимость усиления медико-социальных влияний на этапе диспансерных мероприятий.

700. НАГНОИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ЛЕГКИХ В ГОРОДЕ С НЕФТЕХИМИЧЕСКОЙ ПРОМЫШЛЕННОСТЬЮ

Афлятунова С. Ф., Исмагилов Ф.Ш.
Клиника Башкирского государственного медицинского университета.

Цель: Цель исследования - эпидемиологическая оценка госпитализаций в специализированное отделение торакальной хирургии в связи с нагноительными заболеваниями легких в городе нефтехимической промышленности в динамике 25 лет. **Методы исследования**: Дизайн исследования – проспективное исследование архивных материалов: отчетов отделения и историй болезни госпитализированных больных в 1981-2006г.г. по поводу абсцесса легких. **Результаты**: Проанализированы данные 745 больных, поступивших с диагнозами: остр. абсцесс, хр. абсцесс, гангренозный абсцесс. Госпитализированная заболеваемость в эти 25 лет была в пределах от 2 до 4 чел. на 10 тыс.населения. Основной контингент больных составляли лица муж. пола (90,7%). Большая часть госпитализированных – социально неустроенные люди (безработные - 22,8%, лица неквалифицированных рабочих профессий – 56,14%). Лица с высшим образованием составили 5,26%. Наибольшее число (42,1%) госпитализированных поступили из Северной, промышленной зоны города. Наименьшая госпитализация шла из Южного, наиболее отдаленного от промышленной части жилого района (21,06%). Чаще всего (55,8%) очаг деструкции локализовался в правом легком. Левосторонняя локализация наблюдалась в 44,2% случаев. Наиболее часто поражалась верх. доля - 60,47%, ниж. доля – в 34,88%, сред. доля – в 4,65%. При анализе заболеваемости с 1981 по 2006 годы, установлено два всплеска заболеваемости: в 1983 году она составила 5 и в 1996 – 5,6 на 10 тыс.населения. Заключение: Госпитализированная заболеваемость в промгороде в интервале 25 лет составила в пределах от 1,4 (в 1991году) до 5,6 на 10 тыс.населения (в 1996г.). Среднестатистический больной с абсцессом – это пациент мужского пола, в возрасте от 30 до 60 лет, проживающий в промышленной зоне, человек рабочей профессии или безработный, с процессом в верхней доле правого легкого.

701. МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЛЕГКИХ ПРИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ В СТАДИИ СПИДа

Зюзя Ю. Р.-1, Пархоменко Ю.Г.-2, Лепёха Л.Н.-1, Тишкевич О.А.-3
ГУ ЦНИИТ туберкулеза РАМН, Москва-1, ГУ НИИ морфологии человека, Москва-2, клиническая инфекционная больница№2, Москва-3

Цель: изучить морфологические особенности патологических изменений в легких у больных, умерших от ВИЧ-инфекци в стадии СПИДа. Материалы и методы: материал 59 умерших от ВИЧ-инфекции в стадии СПИДа с наличием туберкулеза легких (Т), 33 - цитомегаловирусной инфекции (ЦМВИ), 15 с пневмоцистной пневмонией (ПЦ), 12 с криптококкозом (КК), 23 с бактериальными пневмониями. Использованы гистологические, цитологические и электронномикроскопические методы исследования. Результаты: Для морфологической картины туберкулезного поражения легких у ВИЧ-инфицированных в стадии СПИДа характерно: альтеративные изменения с отсутствием типичных гранулем; выраженный экссудативный компонент с преобладанием лейкоцитарной инфильтрации; мономорфность гнойно-некротических очажков, которая иллюстрирует утрату признаков волнообразности течения процесса. Для КК при ВИЧ-

инфекции также характерна стертость гранулематозной реакции с преобладанием альтеративных изменений. ЦМВИ отличается характерной трансформацией эпителия с формированием крупных клеток с перинуклеарным просветлением (т.н. «совиный глаз»). При ПЦ в просвете расширенных альвеол эозинофильный пенистый экссудат с пневмоцистами. Морфологическая картина бактериальных пневмоний имела фибринозно-гнойный характер. Описанные заболевания легких встречались и в различных сочетаниях. Таким образом, поражения легких у больных ВИЧ-инфекцией полиморфны, имеют место сочетанные поражения, что требует тщательной морфологической диагностики с применением современных методов исследования.

АЛФАВИТНЫЙ УКАЗАТЕЛЬ АВТОРОВ

Не забыть вставить страницы в оглавление в начале